55350

BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Brugnoli cav. prof. Giovanni, Direttore
Bacchi dott. Alessandro, Vice-Dirett.
Belluzzi cav. dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Rizzoli comm. prof. Francesco
Romei dott. Federico
Selmi comm. prof. Francesco
Vella cav. prof. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Anno XLVI. Ser. V. Vol. XIX.

Gennaio 1875

—

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1875

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI GENNAIO 1875

—

MEMORIE ORIGINALI

Due casi di peritonite da perforazione di un ulcera tifica con sintomi di occlusione intestinale. — Mazzotti *dott.* Luigi pag. 5

Della statistica in medicina e chirurgia. Del metodo tenuto nello insegnamento della chirurgia nella clinica di Bologna. Considerazioni su di esso rispetto alla istruzione dei giovani ed ai risultati nelle cure. Resoconto clinico degli infermi curati nelle sale chirurgiche dal principio dell' anno scolastico 1868-69 al 30 Giugno 1874. Tesi di Laurea. — Paolucci *dott.* Antonio (continua) . . . . » 20

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Libri in dono . . . . . » 48, 49, 50, 52, 53

Letture. . . . . . » 49, 50, 52, 53, 54

Leva articolata e decollatrice . . . . . » 49

Comunicazioni . . . . . » 51

Morte di un Socio corrispondente . . . . . » 53

Nomina di Soci corrispondenti. . . . . . » 54

Quadro delle cariche della Società Medico-Chirurgica di Bologna per l' anno 1875 . . . . . » id.

BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI *Direttore*

BACCHI DOTT. ALESSANDRO *Vice Dirett.*
BELLUZZI CAV. DOTT. CESARE
CAPURI DOTT. ANTONIO
GIOVANINI DOTT. ANTONIO
GOLINELLI DOTT. LEOPOLDO
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
ROMEI DOTT. FEDERICO
SELMI COMM. PROF. FRANCESCO
VELLA CAV. PROF. LUIGI
VERARDINI CAV. DOTT. FERDINANDO

Serie 5ª Vol. 19°

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1875

D. Luigi Longhi

Forsam et haec olim meminisse juvabit.
VIRG. Æneid.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

Memorie Originali

DUE CASI DI PERITONITE DA PERFORAZIONE DI UN ULCERA TIFICA CON SINTOMI DI OCCLUSIONE INTESTINALE. — Pel Dott. LUIGI MAZZOTTI.

Le occlusioni intestinali sono state sempre argomento di studio pei medici, tanto dal lato clinico per rilevarne i sintomi ed i criteri diagnostici, quanto dal lato anatomico-patologico per indagare gli stati morbosi da cui erano mantenute. E per tacere dei Trattati di Patologia, che diffusamente ne parlano, basta scorrere la letteratura medica per vedere che in tutti i tempi gli esempi raccolti furono numerosi, allo scopo di portar nuova luce sopra un tema, che riesce di vitale importanza pei pratici, perchè ivi massimamente pesa su loro la più tremenda responsabilità. In questo senso sono stati ancora studiati quei casi, che presentandosi sotto la forma di una chiusura intestinale, alla fine si sono visti dipendere da uno stato anatomico o nuovo, o non comune, od almeno non supponibile, stando ai sintomi osservati in vita. Per contribuir quindi a viemmeglio illustrar l' argomento mi sono deciso a raccontar brevemente di due casi che clinicamente presentarono molti segni di chiu-

sura intestinale, mentre alla necroscopia si ebbe a fare diagnosi ben diversa. E tanto più volentieri mi sono indotto a far questo in quanto che ho letto di un fatto analogo osservato e pubblicato recentemente in Francia. Perciò io comincierò col rendere conto brevemente di questo caso, per passar poscia al racconto dei miei due; ed infine dal confronto fra di loro tentare di ricavare qualche pratica utilità per l' avvenire.

La prima storia cui alludo è stata raccolta dal Dott. *Gaston* nella Clinica Medica della Pitié a Parigi sotto il servizio del Prof. *Lasegue*, ed è inserita negli Archives Generales de Médecine, Anno 1874, Fascicolo di Ottobre, pag. 458. Si trattava di un uomo di 56 anni, che era stato sempre sano, tranne che una stitichezza abituale era interrotta da intervalli lunghi ed irregolari di diarrea della durata di circa 24 ore. Ora accadde che essendo egli stitico da tre giorni, e cominciando a risentire qualche dolore all' addome, prese un purgativo, dopo il quale i dolori si fecero più intensi, non potè evacuare e dovette ricovrarsi in Ospedale dopo sette giorni da che durava la stitichezza. Ivi fu trovato in istato gravissimo, coll' addome tumido ed uniformemente timpanitico, con dolore moderato ed uguale dovunque, polso piccolo, febbre leggera, stitichezza. Studiato il caso, ed esclusa ogni altra alterazione, si pensò da quei medici che si trattasse di una chiusura intestinale da accumulo di materie fecali indurate con peritonite successiva. In conseguenza fu trattato con bagno caldo generale, cataplasmi allo addome e purgativi. E l' esito da principio corrispose all' aspettativa perchè il malato potè avere il benefizio del corpo, e godere di un po' di calma nelle sue sofferenze; quand' ecco dopo due giorni la temperatura di nuovo si eleva, crescono i dolori, il ventre si fa più tumido e più timpanitico, ed il paziente muore dopo dodici giorni dal

suo ingresso in Ospedale. Alla necroscopia si rinvenne: essudato solido-fibrinoso che copriva le anse intestinali e in parte le saldava fra loro: le intestina in genere erano poco alterate, meno il cieco e l'appendice vermiforme che presentavano i caratteri di una infiammazione cronica, con un ulcera che la perforava. Da ciò veniva spiegato chiaramente tutto il decorso della malattia: era un catarro cronico del cieco e dell' appendice vermiforme con ulcerazioni; una delle quali un bel giorno si era perforata, aveva destato una peritonite, la quale si era manifestata specialmente coi segni di una occlusione intestinale.

I due casi, che ora mi appresto a narrare, vennero da me osservati nella Prima Sezione Medica dell' Ospedale Maggiore di Bologna; l' uno, cioè il secondo, essendo la Sezione diretta dal Prof. *Brugnoli*; l' altro, mentre funzionava come Medico Primario il Dott. Cav. *Verardini*: ad entrambi i quali io rendo i più sentiti ringraziamenti per essermi stati cortesi non solo del loro permesso, ma più ancora del loro autorevole consiglio ed aiuto.

La persona che offrì argomento alla prima osservazione fu certa Tugnoli Maria Annunziata, d' anni 26, campagnuola, domiciliata a Bertalia, un miglio circa distante da Bologna. Essa era figlia di genitori sani e non era stata ammalata che 3 anni prima per tumefazione, e dolore al ginocchio sinistro sopraggiunti dopo un trauma: era stata curata in una delle Sezioni Chirurgiche di questo stesso Ospedale, e ne era uscita dopo 4 mesi non solamente guarita, ma conservando l' uso perfetto dell' arto. Del resto era stata sempre regolata nelle sue mestruazioni, e dopo aver preso marito aveva partorito felicemente tre volte: l' ultimo parto aveva avuto luogo circa tredici mesi fa. Ultimamente era circa un mese

che senza cagione valutabile, questa donna principiò a sentirsi fiacca e di mala voglia ad avere qualche dolore al ventre e brividi verso sera: le evacuazioni alvine erano presso a poco normali, anzi piuttosto scarse e difficoltose. Ad ogni modo queste sofferenze dovevano essere di ben lieve entità perchè essa aveva seguitato il suo ordinario sistema di vita, ne aveva mai guardato il letto. Tutte queste circostanze debbono esser particolarmente ricordate per intender poscia la difficoltà della diagnosi e l' importanza del caso. Fatto sta adunque che, dopo essere stata qualche giorno senza evacuare la Tugnoli il 15 Settembre cominciò a risentire lievi dolori addominali, che aumentando gradatamente di intensità la costrinsero a mettersi in letto. Dopo una applicazione di sanguisughe, i dolori si mitigarono ma persistettero, come pure persistette la stitichezza, giacchè non si ebbe che una scarsissima evacuazione il giorno 17: ebbe pnre febbre, e da ultimo nausea susseguita una sola volta da vomito.

Entrata in Ospedale la sera del 18 Settembre 1874 e collocata nella Sala Baglivi al letto N. 314 si lamentava di esser molto abbattuta nelle forze, di avere non solo inappetenza, ma anche tendenza al vomito, di non potere evacuare, e di risentire moderati dolori all' addome. Esaminata l' inferma si trovava una donna di costituzione abbastanza robusta, con fisonomia abbattuta, occhio infossato, polso piccolo, temperatura elevata. L' addome era moderatamente tumido e globoso, conservando ancora la figura di esagono: le due linee xifo-ombelicale ed ombelico-pubica erano convesse. Palpando il ventre (atto che per la donna riesciva alquanto doloroso) si sentiva resistenza moderata, elastica ed uniforme. Percotendo si aveva dovunque sonorità: mancava ogni traccia di fluttuazione.

Alla visita mattutina del 19 Settembre si pensò tosto al da farsi per riparare allo stato veramente grave di questa donna. Perciò fu rifatto l' esame più diligentemente, ad esclusa ogni specie di ernia si ritenne (in modo simile a quello che avevano pensato i medici della Pitié nel primo caso descritto) di aver che fare con una occlusione intestinale per accumulo di materie fecali indurate. Ed infatti i lievi dolori addominali, il mal essere, la fiacchezza, che datavano da un mese si potevano interpretare ammettendo un catarro intestinale cronico, e precisamente di quella specie che per tenacità soverchia del secreto danno stitichezza in luogo di diarrea. Ad un punto le evacuazioni mancarono per qualche giorno: era un accumulo in qualche tratto d' intestino di materie fecali indurate. Sopraggiungono poscia i dolori e la febbre: è questa la peritonite, che, a detta di tutti gli autori, si associa ordinariamente alle occlusioni intestinali. La scarsa evacuazione alvina che aveva avuto luogo il giorno prima del suo ingresso in Ospedale si poteva ritenere che fosse stata data dalle materie fecali, rimaste al di sotto dell' ostacolo. Lo stato presente poi dell' inferma era ben lungi dal contraddire questo concetto diagnostico: anzi fino ad un certo segno lo raffermava. In base a questi criteri l' ammalata fu trattata con bagno caldo generale, olio di ricino internamente ed un cataplasma di farina di semi di lino sopra l' addome. Questa terapia produsse l' effetto desiderato, giacchè nella successiva notte si ebbero evacuazioni abbastanza abbondanti, ma prosciolte, con sollievo delle sofferenze della donna. Nei giorni successivi, cioè dal 20 al 25 Settembre entrò in una fase stazionaria poichè la malata era abbastanza calma, aveva evacuazioni al numero di tre o quattro al giorno, di color verde-giallastro, polverulenti; l' addome si manteneva tumido, timpanitico,

poco dolente. La terapia consistette in una semplice bevanda d' acqua del tettuccio, dieta, e cataplasmi all' addome. Lo stato della temperatura tanto di questi giorni come del resto della malattia, si può vedere nello specchietto seguente:

Giorno	Sett. 20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Ott. 1
Mattina	38 8	38 4	39 2	38 2	38 8	39 2	38 8	38 2	39	38 4	38	39
Sera	39 2	40	38 4	39 2	39	38 4	39	39 4	39 4	38 4	38 6	39 8

Così le cose procedevano con generale soddisfazione, quando il 26 Settembre l'inferma principiò ad aggravarsi: l' addome si fece più tumido e sonoro, ed il giorno 27 si principiò a notare alla regione ombelicale una tumefazione speciale, che sorgeva dalla tumefazione generale del ventre: questa nei giorni successivi aumentò di volume raggiungendo quello della testa di un feto a termine. In questa singolare tumefazione la pelle aveva assunto un colore violaceo variegato, ed alla pressione si aveva la sensazione come di una mollezza elastica fluttuante, tanto che quasi quasi si era tratti a pensare ad una vera fluttuazione dipendente da raccolta marciosa: se non che la percussione faceva udire una bella sonorità timpanitica chiara identica e continua alla sonorità timpanitica del resto dell' addome: il qual fatto mostrava che il tumore era costituito da aria. Lo stato della donna, come ho detto, di grave che era, continuò a peggiorare negli ultimi giorni di Settembre e nel primo di Ottobre, di guisa che a nulla valendo i mezzi eccitanti adoperati all' uopo, quell' infelice morì la

mattina del 2 Ottobre in preda a sintomi di generale adinamia.

Ecco la descrizione della Necroscopia che io ebbi campo di poter eseguire. Il cadavere esternamente non offriva nulla di diverso da quanto si era osservato in vita, tranne che il colorito verdastro della putrefazione era molto esteso quantunque fossero trascorse appena 24 ore dalla morte.

Nel tagliare la parete addominale, benchè tenessi il coltello con mano sospesa, pure appena approfondatomi aprii la cavità in corrispondenza della bozza già descritta alla regione ombelicale: e tostamente uscì sibilando una corrente di gas fetido, al cessar della quale le pareti addominali si accasciarono. Tagliata poi completamente la parete, le anse intestinali si presentarono tutte contratte e vuote, in modo che parevano compresse a forza contro il diaframma e contro la colonna vertebrale. Tutte queste anse erano ricoperte da pseudo-membrane di color bianco-verdognolo, ancor molli e facilmente distaccabili, le quali erano in guisa riunite che verso il mezzo dell' addome costituivano come una specie di secondo diaframma. In basso, verso la cavità del bacino si trovava moderata quantità di un liquido di colore giallastro-sporco, di odore fecale, dato da una materia polverulenta scura, commescolata a vero pus. La presenza manifesta di materie fecali nella cavità dell' addome mi fece conoscere che io aveva che fare con una perforazione intestinale. Perciò cercai accuratamente di ritrovare il punto, in cui questa perforazione aveva avuto luogo: e vi riescii; giacchè nella fossa ileo-cecale destra un ansa dei tenui mostrava una bella apertura, della grandezza di una moneta da 2 centesimi, per la quale introducendo uno specillo, si spaziava entro il lume dell' intestino. Allora distaccai tutto il tubo intestinale dal mesenterio; e nel far questo

osservai le glandule linfatiche del mesenterio stesso che erano di colorito rosso-cupo ed aumentate di volume, tanto che alcune avevano assunto la grandezza di una nocciuola. Nel mentre che faceva aprire dall' inserviente le anse intestinali esaminai i visceri ipocondriaci e vidi che il fegato era di grandezza, forma e colorito naturale; al taglio però lasciava uscire rilevante quantità di sangue. La milza aveva un volume circa due volte e mezzo maggiore del normale; la forma e la consistenza erano naturali: tagliata in due parti la superficie appariva di color rosso-cupo, succosa e dava esito a discreta quantità di sangue; la consistenza era leggermente diminuita. Messo allora in sospetto dalla sede della perforazione, dal volume aumentato della milza e delle glandole linfatiche, guardai tosto le ultime porzioni dell' intestino tenue e vidi in essa delle ulcerazioni al numero di dieci o dodici di forma allungata aventi sede nelle placche del Peyer, alcune delle quali erano solamente turgide senza esser ulcerate. I bordi di tali ulceri erano un po' grossi ed irregolari, lurido il fondo. Alla distanza di circa due decimetri dalla valvola ileo-cecale si trovava una di queste ulceri perforata, la cui esterna apertura io aveva già trovata prima di aprir le intestina.

Osservai ancora gli organi genitali, i reni, le capsule soprarenali ed il pancreas, e in questi non trovai nessuna alterazione. Passai poscia alla sezione delle altre due cavità del torace, cioè e del cranio, ed ivi pure non trovai nulla degno di annotazione speciale.

La semplice esposizione di questo caso fa vedere senz' altro i punti clinici di somiglianza e di differenza col primo già descritto ed appartenente al Prof. *Lasegue.* L' apparenza prima, e l' andamento che presentarono i due casi, durante la dimora dei malati in Ospedale fu, si può dir, quasi identica; cioè sintomi di occlusione in-

testinale con peritonite di moderata intensità: alla necroscopia si trovò che la peritonite era stata determinata da perforazione intestinalè e che l' occlusione non era che un puro fenomeno della peritonite stessa. La differenza invece stà nel processo morboso principale punto di partenza delle alterazioni successive; giacchè colà si aveva che fare con una perforazione dell' appendice vermiforme per ulcera catarrale cronica; qui invece l' ulcera era di natura tifica. Ed invero ripensando ai caratteri delle ulcerazioni intestinali, che ho descritte, al tumor di milza, all' ingrossamento delle glandole linfatiche del mesenterio, risultano evidentissime le ben note alterazioni del tifo addominale. Per conto mio non mi rimangono che poche parole da aggiungere, cioè che l' ammalata, di cui ho narrata la storia aveva sofferto di una febbre tifoide, la quale aveva avuto un decorso lungo e subdolo per un mese, presentando quella forma di tifo, conosciuto dai patologi col nome di *tifo ambulatorio*. Ad un tratto dopo una stitichezza di qualche giorno aveva avuto perforazione intestinale, e quindi peritonite. Nella peritonite si ebbe abbondante sviluppo di gas entro la cavità dell' addome, costituendo un esempio di *pneumatosi peritoneale* o *pneumo-peritoneo libero*, come lo denomina il *Cantani* nella sua Memoria sulle pneumatosi spontanee. Il gas raccolto in una cavità chiusa in virtù della propria forza espansiva, non solo aveva compresse le intestina, ma ancora tentato di sforzar i punti della parete addominale, che erano meno resistenti. Quindi nel bel mezzo dello addome in corrispondenza dell' ombelico, ove la parete era più sottile (per la soverchia distensione subita nelle gravidanze pregresse) aveva formato quel singolare tumore che era stato da noi osservato e considerato in vita. La morte poi non fu che la conseguenza del collasso generale, che suolsi avere nella peritonite perforatoria.

L' osservazione seconda, venne fatta in certo Lorenzini Cesare, d' anni 49, facchino, il quale entrò nella Prima Sezione Medica dell' Ospedale Maggiore l' 11 Ottobre 1874 (Sala Galvani, Letto N. 100). Esso era di lodevole derivazione e bevitore per abitudine, non a tal grado però da esser spinta fino alla turpitudine del vizio. Era stato immune da malattie veneree e sifilitiche; ma da giovane aveva sofferto di accessi di convulsioni epilettiche che regolarmente si ripetevano circa due volte al mese nelle ore notturne. Già da molti anni era completamente guarito e godeva di prospera salute, allorchè sul finire del mese di Settembre principiò ad avvertire leggera cefalea, senso di mal essere generale, poco appetito, stitichezza e leggera febbre notturna. Quest' uomo seguitò non ostante a lavorare nel suo mestiere, allorchè dopo essere stato quattro o cinque giorni senza evacuare, il dì 8 Ottobre principiò a risentire leggeri dolori all' addome sotto l' arco costale destro, che nel muoversi e nel faticare, si facevano più molesti; per il che smesso il lavoro si pose in letto. Alla sera i dolori dalla suddetta località si estesero a tutto il ventre, e diventarono talmente gravi da dover mandare pel medico. Dopo l' applicazione di un certo clistere si ebbe una evacuazione alvina, ed i dolori si mitigarono senza completamente cessare. Da allora fino al suo ingresso in Ospedale il Lorenzini guardò costantemente il letto, perchè aveva miti dolori solamente nell' atto che si muoveva, inappetenza, debolezza, febbre, stitichezza assoluta.

L' esame diretto di questo facchino dalle forme robuste e quasi atletiche mostrò: ventre tumido ugualmente e moderatamente; cute di colorito normale; dolore moderato, ed uguale dovunque alla pressione; resistenza elastica; sonorità; stato generale di abbattimento.

In questo caso, come nell' antecedente, il fenomeno campeggiante era la occlusione intestinale, perchè la stitichezza aveva preceduto di quattro o cinque giorni l'insorgere dei dolori, i quali, alla loro volta avevano rimesso dopo una evacuazione alvina, ed al presente non erano molto gravi. Anche qui fu rifatto l' esame clinico dell' infermo dal Prof. *Brugnoli* con quella valentia che gli è propria, e fu prescritto un purgativo di calomelano e jalappa, aiutato poscia da un clistere stimolante, non che fomenti ghiacciati all' addome. Per tutto il giorno 12 non si ebbe nessun effetto ed il malato si mantenne senza evacuare; solamente nel giorno successivo essendo state ripetute le stesse prescrizioni, si ebbero nelle ore pomeridiane due evacuazioni di materie di consistenza pultacea e di color giallo. Nei giorni successivi le evacuazioni ebbero sempre luogo, e mantenero presso a poco i medesimi caratteri, tranne che da ultimo si fecero quasi scolorate. L' infermo continuava ad essere sempre grave, quando la mattina del 16 Ottobre si principiò a notare che le congiuntive avevano assunto un colore itterico, e che le urine oltremodo scure, avevano spuma giallastra. Allora io mi diedi premura di esaminarle chimicamente: ed infatti per mezzo dell' ordinario reattivo dei pigmenti biliari, cioè acido nitrico-nitroso potei avere una prova manifesta che in esse esistevano: tranne di questo le stesse urine non contenevano nulla di particolare. Nei due giorni susseguenti il colorito giallo della congiuntiva si fece più intenso, e si estese ancora alla cute; s' accrebbe l'abbattimento; il ventre rimase sempre elastico e timpanitico. Alla sera del giorno 18 il polso era quasi impercettibile, estrema l' adinamia in guisa che nella notte il Lorenzini cessò di vivere. L' andamento della temperatura in tutti i giorni di degenza nell' Ospedale è riportato nel seguente specchio:

Giorno	13	14	15	16	17	18
Mattina	38 4	38	37 4	37 8	37	37 4
Sera	38 4	38 4	38	38 4	38	38

La necroscopia venne eseguita da me, in compagnia del mio amico il Dott. *Giuseppe Bassi*, assistente di anatomia patologica presso la R. Università. Ecco quello che ci fu dato di rinvenire:

Erano trascorse appena 20 ore dalla morte e già il cadavere presentava estese macchie ipostatiche al dorso, al collo ed alla faccia. Nell' aprirlo si notarono alcune emorragie fra i muscoli del torace e dell' addome. Tagliato il peritoneo uscì un buffo di gas fetido, dopo di che il ventre diminuì di volume, e poscia, seguitando il taglio, uscì molta copia di un liquido di odore fecale, di colorito verdastro sporco, avente l' aspetto come d' una emulsione che contenesse sostanza polverulenta: questo liquido si raccoglieva specialmente in basso verso la pelvi. L' omento era disteso sopra le anse intestinali, e vi aderiva non tanto tenacemente che non potesse distaccarsi con facilità. Le anse intestinali molto tumide erano coperte di pseudo-membrane fibrinose recenti, che si potevano togliere con facilità, come pure ne erano coperti il fegato, lo stomaco, e la milza. Separando le anse che aderivano fra loro per mezzo del suddescritto essudato si lasciava libera nuova quantità di pus. Distaccate le intestina dal mesenterio ed apertele si rinvennero nel crasso materie fecali di color verde terreo, in parte solide in parte pultacee. I tenui poi erano normali fino ad un metro circa dalla valvola ileo-cecale, in

cui le placche del Peyer principiavano ad esser molto appariscenti ed allungate nel senso longitudinale, ed esaminate più da vicino si vedevano in esse come tante piccole punteggiature profonde, costituenti vere soluzioni di continuo. A circa mezzo metro dalla suddetta valvola era una placca ulcerata della grandezza di una moneta da cinque centesimi, con bordi piuttosto callosi il cui fondo aveva una perforazione di rilevante grandezza. Le altre placche più vicine al cieco erano pure turgide, e di aspetto come reticolato, non molto numerose ed irregolarmente disposte. Le glandole mesenteriche e retro-peritoneali erano appena ingrossate.

La milza di volume almeno quattro volte maggiore del normale aveva figura irregolarmente ovoide col margine anteriore, che terminava a mo' di punta: il colore era bluastro scuro, normale la consistenza. Tagliata per mezzo si presentava una superficie di color rosso-scuro, succosa, sanguinolenta, discretamente molle. Il fegato a sua volta era un po' più grande del solito, di color verde turchiniccio, resistente. Tagliato si vedeva un orlo di mezzo centimetro di colore quasi nero, mentre l' interno era tutto di color giallo scuro, uniforme, con vasi turgidi, che davano escita a sangue fluido. La resistenza, che presentava l' organo, premendolo colle dita, era abbastanza forte. Dei reni il destro era in tutto normale, tranne nel colorito, che si presentava più cupo del solito. Il sinistro era invece aumentato di volume: le due sostanze midollare e corticale in certi tratti erano confuse; il fondo del colorito era grigiastro, mentre quà e là si vedevano strie longitudinali rosse: era aumentata la fragilità.

Nel torace il cuore era normale. Dei polmoni il destro al suo lobo inferiore presentava un colorito cupo; la superficie risultante dal taglio era liscia, omogenea,

scura; non esciva aria o liquido; era molto tenace al tatto. Il sinistro non presentò nulla di notevole.

La cavità del cranio non fu aperta.

Questo secondo caso, oltrechè per l'analogia coll'antecedente, si rende degno di nota per questo, che il malato, dopo parecchi giorni di stitichezza, principiò a risentire i dolori addominali in prossimità dell'ipocondrio destro, e per di più in seguito ebbe manifesta itterizia. Queste due circostanze messe in relazione col dato anamnestico di essere l'individuo bevitore, erano certamente tali da metter in grave imbarazzo per essere interpretate convenientemente. Alla necroscopia si vide che la perforazione nell'intestino tenue era avvenuta a mezzo metro dalla valvola ileo-cecale, e precisamente in alto, ossia in una certa prossimità del fegato. L'itterizia poi non deve essere intesa come quella che trovandosi nel tifo, costituisce quella forma grave ed importante, conosciuta col nome di *typhus icterodes* o *tifoide biliosa* del *Griesinger*, interpretata come una specie di localizzazione nel fegato del processo tifico. Questo non era il caso: l'itterizia dipendeva da impedito deflusso della bile, perchè i condotti biliari si trovavano compressi dall'essudato peritoneale: in favore della quale dottrina militano lo stato del fegato, giallo, duro, e resistente, come suol essere nella stasi, non che il color terreo delle materie fecali.

Considerando ora i due casi nel loro insieme, in ultima analisi si riducono ad una cosa semplice cioè tifo con perforazione intestinale. Dal lato puramente patologico però presentano, se non fosse altro, due speciali circostanze non troppo facili ad osservarsi. L'una si è, che nel primo caso la perforazione avvenne ad un mese di data della malattia, mentre ordinariamente suole avvenire presto, ossia non più tardi della terza settimana,

tanto che il caso di *Oppolzer* che avvenne dopo 88 giorni è notato come uno dei più rari. L' altra circostanza degna di nota si è la durata della peritonite perforatoria la quale suole essere breve, ossia di pochi giorni: invece nel secondo dei casi fu di dieci e nel primo di diciotto giorni.

Sotto l' aspetto pratico poi mi sembra che si debba tener nota di questo, che in ambo i casi la perforazione fu preceduta da parecchi giorni di stitichezza, e che la stessa stitichezza si mostrò più appariscente delle peritonite. Cotali circostanze sono utili a conoscersi in quanto che, se durante il corso di una febbre tifoide abbiamo stitichezza protratta, sarà ben fatto promuovere le evacuazioni, onde impedire il pericolo della perforazione. Di più allorchè il medico si trova di fronte ai sintomi di una occlusione intestinale con peritonite, deve attendere non solo all' ordine cronologico, con cui i fatti si sono presentati, ma valutar bene tutto il complesso del caso per vedere a quale dei due fenomeni debba dare maggior valore alla peritonite od alla occlusione. Infine nel caso di peritonite sarà bene rammentare quell' assioma, accennato dal *Niemeyer*, cioè che la peritonite spontanea, massime nell' uomo, è cosa ben rara, ma che il più delle volte è secondaria ad altri stati morbosi, fra cui la febbre tifoidea non è da porsi in dimenticanza.

Queste sono le poche considerazioni che mi ha offerto lo studio di questi casi: spero che potranno essere di qualche giovamento al decoro dei medici ed all' utilità degl' infermi.

DELLA STATISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA. - DEL METODO TENUTO NELLO INSEGNAMENTO DELLA CHIRURGIA NELLA CLINICA DI BOLOGNA. - CONSIDERAZIONI SU DI ESSO RISPETTO ALLA ISTRUZIONE DEI GIOVANI ED AI RISULTATI NELLE CURE. - RESOCONTO CLINICO DEGL' INFERMI CURATI NELLE SALE CHIRURGICHE DAL PRINCIPIO DELL' ANNO SCOLASTICO 1868-69 AL 30 GIUGNO 1874. — Tesi di Laurea del Dott. ANTONIO PAOLUCCI.

In una di quelle famose inchieste che gli Inglesi soli sanno far così bene, e per mezzo delle quali preparavano con tanta somma di cognizioni, di indagini minute, di *evidences*, come dicono essi, le loro riforme; in quella con cui essi hanno apparecchiato il riordinamento dei loro antichi Collegi, Lord *Clarendon* chiedeva al primo fisico de' nostri tempi, *Faraday*, se veramente lo studio delle scienze fisiche e naturali doveva essere introdotto nella educazione di quei Collegi: e *Faraday* rispondeva che oramai certe nozioni di filosofia naturale erano come l' *a b c* di ogni educazione liberale.

Diversa, ma non meno importante, si è l' inchiesta che io farei a colui dal quale si cercasse il modo di condurre alla massima utilità l' insegnamento delle mediche discipline che viene impartito ai giovani nelle Cliniche. Vorrei chiedere perchè non si portano a conoscenza di quanti esercitano l' arte salutare, le diagnosi, le cure, ed i risultati operativi mediante una statistica esatta che a base abbia un attento esame dei fatti come quella che dallo studio clinico procede.

Questa io credo vera ed acconcia maniera ad apportare innegabili e reali vantaggi all' arte nostra, i quali

quanto più estesi, tanto più vo stimando proficui. Movemi sovra tutto a ciò sostenere, che i corsi regolari dell' Universìta, i quali abbracciano con un ordine determinato le cognizioni necessarie per l' esercizio dell' arte medica, i metodi seguiti per educare via via la mente dei giovani a tali severi studi, non sempre sono fatti per le persone le quali ormai hanno abitudini di vita e di mente che impediscono loro di tornare sui banchi delle scuole pubbliche, nelle sale di un clinico stabilimento. Il medico che entrò nella scabrosa via delle condotte, non sempre può abbandonarla per tornar ad attingere novelle cognizioni, godere esso pure i frutti degli ulteriori studi, delle continue, recenti scoperte, e fissando la parola fuggevole dei dotti insegnanti, farne suo pro a benefizio dei pazienti cui deve curare.

Laonde è mio avviso che a ciò porrebbe riparo una sintesi completa di quante diagnosi vennero pronunciate in una scuola clinica, dietro gli studi più accurati, le analisi più ordinate e severe, che hanno a controllo un discreto numero di gioventù studiosa, pronta a rilevare le ommissioni, completare i lati mancanti e prontissima a giudicare sul valore della cura, non che sull' esito più o meno fausto di essa.

Di più sappiamo anche troppo bene quanto grande sia la quantità dei fatti che nelle varie Cliniche, non scarse certamente di numero, furono e sono tuttora studiati: ora il più pressante bisogno che soffre al presente la nostra scienza, è la riduzione di questa massa in gruppi separati, e lo stabilimento di certi principi definitivi. A ciò senza dubbio sarebbe valevole strumento il calcolo statistico corredato da studiose osservazioni di quei grandi che nello insegnamento delle mediche discipline, a noi furono e sono maestri. Inoltre col suo aiuto saremmo in grado di classificare le irregolari ed opposte an-

notazioni e vedute che ci sono state lasciate dai nostri predecessori, e che giornalmente da' contemporanei ci si presentano; invece di perderci in continue, contradittorie deferenze ad autorità opposte, donde a noi grave nocumento e disdoro; mentre computando la somma ed il valore scientifico degli argomenti da ambedne i lati della questione potremmo così arrivare ad una conclusione positiva. I saggi statistici ne saranno sempre di potente ausiliario per giungere a conclusioni fisse circa la efficacia dei vari metodi curativi di un morbo, e sono anzi d'avviso, pronto a sostenere con ulteriori argomenti questo mio asserto, che se regna non poca incertezza nel dare preferenza ad uno, anzichè ad un altro farmaco, onde curare una malattia, dee in gran parte a ciò attribuirsi che le osservazioni molteplici ignorando, fatte su di esso, le sole esperienze di pochi servono a noi di guida, mentre non si dovrebbe agire che dietro un esame rigoroso del risultato sulle esperienze e sulle osservazioni di tutti (1).

Possenti motivi furono questi, onde io mi proposi di elaborare un Resoconto Clinico, per quadri sinottici, accompagnati da opportune e necessarie osservazioni, il quale comprendesse la esposizione di tutte le malattie chirurgiche curate in questo Spedale di S. Orsola dal principio dell'anno scolastico 1868-69 a tutto il Giugno 1874 dal mio egregio Maestro Prof. Cav. *Pietro Loreta.*

---

(1) Non manca una bella schiera di studiosi medici, di pubblicare ne' vari giornali scientifici, qualche scritto, parto di assennate osservazioni, di prolungate vigilie, di sana esperienza. Chi lo analizza, lo scruta, lo studia e fa risaltarne i pregi e le verità che esso contiene? Il secondo numero del giornale, che si pubblica, segna la morte del numero primo; per cui senza maturare il frutto cade, ed il solerte cultore scoraggiato ne resta.

Gli splendidi risultati ottenuti moveranno senza dubbio a maraviglia; ma ove si ponga mente come ogni studio ed ogni mezzo furon posti in opera a fine di giungere a far la diagnosi, e si tenga giusto calcolo della vasta erudizione che è propria del Professore Clinico, troveremo che il contrario avvenir non poteva. E sebbene il bisogno non apparisca, nulladimeno, poichè cade in acconcio, non mancherò di accennare il metodo tenuto nello ammaestramento dei giovani, circa le più sane teorie e l' arte difficilissima delle terapeutiche prescrizioni e dell' operare.

È desiderio del Clinico, che l' ammalato sia preso in cura da uno studente il quale, per quanto esattamente gli è dato, ne raccolga l' anamnesi, lo stato presente ne esponga e vada registrando quotidianamente, ed anche più volte in un giorno, ciò che più degno appare di considerazione, fra cui senza dubbio tengono il primo loco la temperatura del corpo, il numero delle respirazioni e le altre cose tutte che in certa guisa l' indole, l' intensità e l' andamento del morbo appalesano. Pressochè ogni malato è oggetto di studiosa clinica discussione, alla quale conducono le dimande del Professore, le obbiezioni e le osservazioni in proposito da Lui fatte al giovane o dai condiscepoli.

La istoria del passato, l' esame accurato della condizione presente del malato, sono i due punti presi principalmente di mira nello intraprendere il diagnostico esercizio. Onde non mancasi di por mente alle ereditarie condizioni ed anche al temperamento dell' individuo infermo; perocchè non ignorasi da alcuno la influenza di questi elementi nello sviluppo dei morbi. L' età, il sesso, la professione, il luogo di nascita e dimora sono pur tenuti in considerazione, non che le contratte abitudini

individuali, le pregresse malattie, del vivere gli eccessi, e da ultimo la natura stessa del vitto e della bevanda ordinaria.

Dopo le indagini diligenti, eseguite nel conoscere il passato, la investigazione dello stato morboso presente porta di sua natura all' esame obbiettivo e subbiettivo dello infermo. Un ordinato metodo è guida onde securi procedere nel rintracciare la origine della malattia, con logico rigore scrutandone le cause, ed alle epicrisi successive grado grado tenendo dietro.

Come nel raccogliere il commemorativo, così nello esame dello infermo, seguendo l' esempio del nostro Maestro, è per noi superfluo che qualcuno ricordar ne voglia gli aurei detti di *Sydenham*, il quale consiglia di considerar sè medesimo nelle condizioni del malato. Nella Clinica di Bologna, quegli a cui natura scema sanità, viene, come giustizia ne detta, considerato un uomo che soffre, non un individuo numero, uno strumento scientifico. Se egli ne porge materia e modo di studio, non si dirà giammai che fu di lui, quasi di materia, tenuto calcolo; ma sibbene come di prezioso obbiettivo che pone in più chiara luce i mezzi tutti onde raggiungere vogliamo il vero che illuminar ci dee a pro di lui e di altri che sentono il pondo e la fragilità del meccanismo onde il corpo è costituito.

Egli è perciò che sebbene agli occhi del pratico molte volte sia apparso che fuori di un atto operatorio altro scampo non restava allo infermo, pure mai si cercò di insistere nel volere operare. Esaurito il compito del Chirurgo nel far sì che l' ammalato conoscesse le condizioni in cui trovavasi, le conseguenze che nascer ne potevano e dovevano, si lasciò che la volontà e libertà sua nessuna violenza mai venissero a sopportare. A ciò aggiungo come anche in molti atti operatori, una certa veduta,

dirò così, puramente umanitaria, ne fu guida. Nel cloroformizzare ad es. non si giunse mai a produrre completa anestesia: i pericoli che s' incontrano ben sovente da chi trovasi in tale stato, ben più da temersi che i dolori di una operazione, furono e sono causa che in tal guisa si deliberasse di fare. Nè metterò parole d' avvantaggio onde sostener questo metodo, perchè non suppongo che alcuno, ove abbia conoscenza di ciò che si pratica ed avviene in altre Cliniche, specialmente straniere, voglia trovar degna di biasimo tale maniera di contenersi.

Però il *Granes* nella prima delle sue lezioni di Medicina pratica, ove parla dell' insegnamento clinico, così va esprimendosi in una nota. « *In Italia, professori e scolari sono anche meno scrupolosi; anche Clarke narra che ha udito a Bologna un professore di clinica dichiarare tutte le particolarità di un caso di tisi polmonare in presenza del malato: un altra volta ha veduto nello stesso spedale una donna con un cancro all' utero, abbandonarsi a piangere udendo tutte le particolarità della sua malattia* ».

Il rimprovero che il Professore di Dublino fa ai medici e studenii italiani è in modo assoluto privo di qualunque fondamento, di qualsiasi giustizia. Posso dire che a memoria di quanti ricordano i vari professori che insegnarono, ognuno, che io interrogai a bella posta, mi rispose negativamente su tali fatti. Niuno potrà sostenere che da noi si ignori come sia cosa crudele rapire al malato il suo solo sostegno, levargli la speranza, la sola consolazione delle sue lunghe e dolorose vigilie; nè alcuno si permise mai, o si permette al presente qualche espressione od atto capaci di aggiunger terrore alle sofferenze del paziente. Il sentimento delle nostre affezioni sociali è così elevato in noi che allorquando trattasi di ragionar sovra un morbo che infiniti dolori ed angoscie

prepara al misero infermo senza che gli lasci intravedere un solo raggio di speranza, neppur si discute al letto del malato, od in sua presenza, ma da esso tiensi ognuno lontano anche allora che l' accumularsi di molte persone a lui d' intorno, o la parola stessa dell' insegnante potesse recargli nocumento e fastidio.

Torniamo ora al nostro subbietto. Poichè non sempre ed in ogni caso è dato di raggiungere il vero, dal quale deve nascere il diagnostico, solo un metodo seguitando nella sua ricerca, a seconda che circostanze diverse il richiedono, il metodo analitico subentra al sintetico, nè si trascurano il differenziale, il diretto e l' indiretto. Che anzi il più delle volte, il terzo di questi metodi, cioè il differenziale, vien messo in campo perchè meglio il diagnostico dell' ammalato in esame risalti, perchè vieppiù evidenti dell' analisi e della sintesi appariscano i risultati. Non di rado il clinico trattenimento si diè perfino su diversi malati, nel tempo istesso, il morbo dei quali benchè in un sol genere, in una specie soltanto potesse dirsi compreso: nulladimeno agli occhi del pratico alcune di quelle varietà, alcuni di quei caratteri presentavansi che spesse volte pur troppo dal punto della vera diagnosi ne possono allontanare.

Per giungere alla quale non si mancò giammai, da chi il carico assunse di ammaestrarci, di far notare al giovane come al criterio di esatta osservazione, debba quello aggiungere di severamente ragionare sui fatti per conseguire logiche, inoppugnabili deduzioni; e di più come deggia un' adeguata educazione dei sensi possedere, perchè possano essere della mente fedeli ministri. Si può affermare diffatti che per il Chirurgo il segreto della riuscita il più delle volte stà tutto nella buona e retta educazione dei sensi, i quali così fruttano che la mente veda ed esamini più chiaramente, a ciascun segno dia

il suo valor relativo e sappia di poi riportare l' assieme di essi al vero tipo della malattia, stabilire la individualità morbosa e senza tema di errore il giudizio diagnostico pronunciare.

Gli strumenti d' ogni genere, le punture d' assaggio, analisi fisiche e cliniche, l' esame al microscopio ecc. giungendo ad aiutare i sensi agevolano la strada onde alla diagnosi si giunge. Alla quale, necessaria ed immediata conseguenza, il prognostico tien dietro, e dopo questo pronunzia il giovane le terapeutiche prescrizioni o l' atto operatorio cui intenda por mano. Qualche altro alunno talvolta è sovrachiamato dal Professore perchè insieme al suo condiscepolo consulendo, de' suoi consigli lo sovvenga. La utilità di simile pratlca non mi affatico onde risalti, essendo oltremodo manifesta. Solo aggiungerò di nuovo, sempre in vista del sentimento umanitario cui fummo educati, che la dichiarazione d' infausta prognosi, o la esposizioue di un atto operatorio che intraprender si voglia, non turbano mai l' infermo; perocchè ove il linguaggio scientifico e figurato non sia bastevole a guarentir l' effetto di questa intenzione nostra, tenendo il misero in disparte, riparasi a tanto inconveniente del quale con molta ingiustizia a noi va lanciandosi accusa.

Gli atti operatori sono eseguiti sempre alla presenza di tutti gli studiosi, e nell' ora ultima del clinico insegnamento. Anche allora che la urgenza sospinge ad operare fuori di questo tempo, perchè la salute dell' infermo sarebbe da ulteriore ritardo vieppiù compromessa, gli allievi non mancano quasi mai. Molti furono presenti anche a qualche operazione eseguita sull' ora tarda della sera. La importanza di qualunque atto operatorio, anche del più facile e leggero, vien sempre tenuta a calcolo. Sono dal Professore eseguite quelle operazioni che in

se presentano gravità, sia per la regione in cui manovrar si dee, sia per la operazione in se. Nulladimeno non rade volte lo studente di 6° anno è chiamato ad operare. Le amputazioni degli arti, non che qualche disarticolazione o resezioni di essi, la estirpazione di mammelle e dei vari tumori che la mano del chirurgo richiedono, quasi sempre sono dagli allievi eseguite. Praticarono alcuni perfino la cistotomia, ed io stesso una uretrotomia interna or sono pochi giorni. Si ha particolar cura che il numero dei presenti e la smania naturale di vedere più da vicino che sia concesso, confusione od impaccio non portino all' operatore. Niuno per fermo ignora i riguardi che può e deve esigere il chirurgo che opera.

L' essere affidata la esecuzione dell' atto operatorio allo studente, non darà certo motivo di maraviglia ad alcuno. Fino dal 4° anno di corso (1° di studio clinico), il giovane frequenta le lezioni di medicina operatoria. Se in questo primo anno non vi è strettamente obbligato, nel 5°, a seconda degli universitari regolamenti, tale insegnamento forma gran parte degli studi suoi, e giunto al 6° anno di corso, è chiamato a turno in fin di lezione ad eseguire sul cadavere l' atto operatorio di cui il Professore tenne discorso. Poichè queste lezioni con i clinici trattenimenti sono giorno per giorno alternate, così facilmente si comprende come l' alunno di 6° anno, se nuovo può dirsi nell' operare, lo è sul vivo; che le ripetute esercitazioni fatte sul cadavere fanno in guisa che la mano di lui corra abbastanza sicura e franca nel compiere l' atto cruento.

Perchè infine simile pratica possa all' occhio altrui anche più giustificata apparire, non mancherò di aggiungere che il supplente al Direttore di questa Clinica Chirurgica, oltre al prestarsi, durante la visita che mattina e sera fa dei malati degenti nelle sale, a dar schia-

rimenti e precetti sulle malattie, e le cure che si vanno facendo, due volte alla settimana dà ripetizioni ai giovani intorno a quei temi di medicina operativa di cui già il Professore parlò in antecedeoza. Ora è l' egregio Dott. *Riccardo Minelli* che a tanto s' adopera, e di più non manca di dirigere il giovane nelle operazioni che gli fa eseguire ripetutamente sul cadavere. Stando così le cose chi vorrà ancora non approvare il metodo clinico, di cui ho tenuto parola, circa l' ammaestramento dei giovani?

Abbenchè la vasta e non comune erudizione del dotto Maestro bastato avrebbe da se sola perchè il giovane posasse sicuro sulla esattezza della diagnosi pronunciata, tutti gli altri mezzi ancora, che potevano e ponno servire a confermarla, non si trascurarono mai. La sezione dei pezzi patologici esattamente praticata, le necroscopie degli infelici che ebbero a soccombere non si tralasciarono solo una volta. L' erudito Professore di chimica organica *Pietro Piazza* si prestò sempre ben volontieri alle analisi dei prodotti morbosi di secrezione e di escrezione. E siccome non può sempre il clinico, per quanto abbia esercitati i sensi ed acuto lo sguardo, riconoscere e dimostrare per segni corrispondenti le alterazioni molteplici che spesso riscontra in un solo organismo, così volendo rimanere nei limiti della verità e non avventurare diagnosi qualitative che non potevano essere sufficientemente dimostrate, si usarono in tali casi generiche espressioni, insino a che ulteriori circostanze rischiarando la via, e nuovi mezzi porgendogli il facessero pervenire più agevolmente alla meta. Per giungere alla quale, non si mancò giammai, quando si potè, di interrogare l' anatomia patologica che, chiamata com' è, a consolidare il concetto formale di una specie morbosa con un reperto di lesion materiale che gli corrisponde

e padrona di esaminare, ingrandire, assaggiare ogni minuzzolo della parte malata, può specificare quelle alterazioni che non furono raggiunte dai sensi del Clinico. Per cui l' altro nostro Maestro Sig. *Taruffi Cesare*, Professore di anatomia patologica in questa Università, non mancò giammai di esaminare al microscopio quei tessuti malati che si asportarono dal ferro chirurgico o che dietro le indagini necroscopiche risultarono affetti da morbo. Anche l' illustre Prof. *Ercolani* fu non rade volte di sua sentenza richiesto; e i giudizi pronunciati da essi non si mancò di portare a conoscenza della studiosa gioventù anche quando il loro responso pienamente non s' accordava colla sentenza proferita al letto dello infermo.

Quali norme furon di guida nello indicare l' opportunità delle operazioni?

Chi frequentò questa Clinica Chirurgica e chi volgerà l' occhio sovra queste pagine ove sinteticamente appariscono le cure fatte dei numerosi e svariatissimi morbi più sotto registrati, s' accorgerà che la *Chirurgia attiva* su largo campo fu esercitata; ed ebbe gran parte nella terapeutica. Però chi da vicino potè seguir coll' occhio e toccar con mano quanto si fece nella cura dei malati vide ancora che la *Chirurgia conservatrice* (così mi piace nomarla) dominò d' assai nell' esercizio dell'arte chirurgia qui tra noi. Fu sempre inteso dal Professore che non dev' essere la Chirurgia presa nello stretto senso che la etimologia della parola va esprimendo. Nel lottare colla fierezza dei morbi, nel ricuperare la sanità, ha numerose risorse l' organismo e nelle forze naturali sue e nella sana terapeutica. Ora per tal motivo, tutto dì Egli ne va insegnando che molto dobbiam contare sulle prime, che tutto possono, e, le quali mancando, le altre a nulla riescono. E l' età non molto avanzata, la

costituzione migliorata, l' abito del corpo opportunamente modificato, l' abbandono di viziose abitudini e di sane il vestirsi, non che tutte le altre circostanze esteriori in mezzo a cui viviamo, e le interne, fisiche o morali che tanta hanno influenza sulla vita corporea e psichica, sullo sviluppo materiale ed intellettuale dell' uomo, Egli comprende nelle prime.

V' ha di più ancora. Non mancò d' insegnarci che spesso la ignoranza, mossa dallo impegno d' imporre all' uomo volgare è nella necessità di preferir sempre ai metodi semplici e salutari, le manovre di sangue, come quelle di cui l' apparato profonde impressioni portando negli animi ignari accreditano la mano dell' operatore audace ed imperito. Ora chi la immensa distanza non conosce, la quale corre tra il cauto ed intelligente chirurgo, di vera stima degno, e quella classe di pratici abituati a vedere pressochè in ogni caso la necessità di un atto operatorio cruento? Chi non sa vedere che portano costoro di sovente la morte nella sede istessa in cui fa conati la natura per ricondurne la vita?

Lenta condotta di saggezza è con particolarità sempre raccomandata ai giovani, ed i più utili precetti consacrati oggi da una lunga esperienza imparammo, unitamente a quella cauta precauzione che esamina il cammino della natura, ne segue le traccie e per cui ad operar non s' accinge se non quando essa sembra deviare dall' ordinario suo corso e può, gli indugi protraendo, recar danno all' organismo del malato.

La pratica fatta nei tre anni del mio corso clinico sotto i Professori *Concato*, *Magni*, *Loreta* ec., rischiarata, per quanto fu possibile alla mia volontà dai principi particolari dell' arte, mi confermarono sempre più nel mirabile vero delle ippocratiche due sentenze, con esatto rigore, dirò così messe in pratica in questo Spedale:

Medicus curat, natura sanat, ...si naturae non obtemperat naturae non imperat. E qui limitandomi soltanto alla citazione di alcuni casi chirurgici rammento come Facchini Paola di Faenza, d'anni 26, affetta da osteite suppurativa al cubito destro, non volle mai che si praticasse l' amputazione dell' arto. Fu intrapresa una cura ricostituente e l' essere uscita oltremodo migliorata mostra quanto contro il morbo possa natura. L' attender molto e quasi tutto da essa forma dirò così la *chirurgia conservatrice* di cui sopra accennai. Difatti Giordani Felice, d' anni 14, contadino, aveva riportato per caduta una frattura comminutiva complicata alle due ossa dell' antibraccio sinistro cui s' aggiunse inoltre anche un flemmone diffuso a tutto l' arto. Per quante volte le gagliardissime febbri e le copiosissime suppurazioni che avevano quasi rifinito quel robusto organismo indicassero la amputazione al terzo inferiore del braccio, nulladimeno si volle sempre temporeggiare. Ebbesi cura di sostener le forze, riserbando il Professore l' atto operatorio allora quando più non si riuscisse per la intensità e qualità del processo a preservare da infausta fine l' infermo. Era degente in Clinica dai 19 Ottobre 1873 e solo nella mattina degli 8 Aprile 1874 fu tolto un sequestro costituito dalla inferiore estremità dell' ulna. Da quel giorno febbre e suppurazione cessarono e lasciò l' Ospedale il 16 Giugno. Il processo flemmonoso che si propagò perfino alla articolazione del gomito gli lasciò il bracciò anchilosato sebbene ad angolo molto ottuso. Ora chi non conosce che meglio è per lui vedersi affetto da anchilosi anzichè monco trovarsi?

Altro esempio mi porge Galli Carlo, trentenne, fiaccheraio, bolognese. Un suo cavallo gli portò via con un morso il labbro inferiore quasi in totalità. Nella sala delle operazioni condotto per eseguire in lui la cheilo-

plastica, il Professore cangiò d'avviso solo per attendere che alcuni brandelli di mucosa labiale cadendo per suppurazione, quella si riformasse onde comporne il prolabio. Ma in seguito videsi che numerose sorgevano le granulazioni a riparare la sostanza nel labbro mancante: laonde si abbandonò del tutto il pensiero dell' atto operatorio, con quanto piacere dell' infermo dir non occorre, al quale, quando prese da noi comiato, la poca sostanza che mancò alla totale ripristinazione dell' asportato tessuto, piccolissima deformità lasciava.

Oggetto di questa mia ultima osservazione è il facchino Scorzoni Paolo di Bologna, giunto pressochè al 65° anno. La ruota di un carro gli schiacciava il dito mignolo della sinistra mano, producendogli così frattura comminutiva, complicata della prima falange. Il grado della lesione indicato avrebbe la amputazione o resezione, secondo la veduta pratica che in tal caso avesse avuto il Chirurgo qualora si fosse accinto ad operare; ma fattagli, per la consueta norma che ne guidò in molti altri casi, una medicatura a piatto, si poterono, non essendo insorta complicanza veruna, dopo alcuni giorni estrarre i frammenti dell' osso e il dito così ebbe conservato. Che un facchino non abbia la mano mutilata di alcuno de' suoi diti, benchè il mignolo si fosse, non è forse un vantaggio, e ripetibile questo pure dalla *Chirurgia conservatrice?*

Però abbraccia la Chirurgia solamente le manovre di cui sopra ragionammo? I medicamenti per uso interno ed esterno non sono al pratico di potentissimo aiuto nell' arte del risanare? Niuno lo nega, ma niuno parimente ignora che l' arte di prescrivere opportuni rimedi è di grande momento sia per la difficoltà che per la importanza. Per cui molto assennatamente in questa Clinica il giovane che fece diagnosi e prognosi deve anche

del metodo curativo trattare. Innegabile profitto si trasse ognora da questa sanissima pratica la quale fa sì che mentre allo studente è giuocoforza dedicare qualche poco del suo tempo allo studio della terapeutica, lo educa in modo che il neo-laureato, la clinica abbandonando, non sia costretto a sfogliare uno dei tanti formulari solo creati a vantaggio de' stampatori e librai, non del medico nè della scienza (1).

Un' idea, chi la richiedesse, del metodo tenuto nello amministrare i medicamenti, potrà sapere che non si fa mai, come dicesi comunemente, polifarmaco. Di rado un ammalato ebbe ad ingerire medicamenti diversi in un giorno: e quanto da queste lato sia giusto tal modo di diportarsi, ognun lo conosce. Di più siccome la prescri-

---

(1) Però faccio scusa al giovane se talora è spinto a ricorrere a siffatti prontuari. In vero chi si dà allo studio della Medicina, affaticandosi nel 1° anno intorno alla chimica inorganica, la quale in forza dei regolamenti e del modo onde sono disposti i vari corsi di scienza all' Uuiversità, frequenta insieme agli studiosi di farmacia, veterinaria e di matematiche, viene ad imparare più i caratteri esterni e il modo di combinazione dei vari corpi, anzichè le proprietà mediche di essi e dei composti che ne risultano. L' insegnamento di quella parte di scienza è data in modo si generico, che tutti gli alunni, a discipline così diverse dedicati, possa in certa guisa appagare. Nel 2° e 3° anno di studio, la chimica organica e la materia medica, svolgono, è vero, dinanzi al giovane l' azione fisio-patologica dei vari corpi introdotti che sieno nell' organismo; ma dove apprende egli a conoscere quali sostanze sono fra loro incompatibili, quali le alterazioni, pur troppo numerosissime che, per amore di uno smodato guadagno, porta oggi in tutto il commercio, da cui ogni medicamento si tragge? A ciò riparava un tempo, molto afficacemente lo studio della chimica farmaceutica e della tossicologia cui era obbligato l' allievo di medicina; ma che, non so a quale scopo, certo però con molto danno, furono tolte già da qualche anno dalle materie di nostro studio.

zione del rimedio vien sempre fatta dopo il più attento esame del malato e la diagnosi più accurata, non si verificò mai quella ingiustificabile, non che dannosa maniera, da alcuni tenuta che un salutare effetto non vedendo dopo un giorno o due, lo abbandonano altro sostituendone. Neppur da questo lato adunque si fu polifarmaco, come pure non si aspettò giammai l' azione del medicamento dalla prescrizione in alta dose.

OSSERVAZIONI GENERALI SULLA TERAPIA

Per quanto fu concesso da tutto quello onde si può disporre, non che dalle circostanze e condizioni in mezzo alle quali l' insegnamento viene impartito e l' infermo è curato, l' elettroterapia, l' idro e l' aeroterapia vennero ben sovente adoperate nella cura dei morbi. Per fermo, quanto e come si volle, non si potè fare, per cui sarebbe desiderio che al giorno d' oggi in cui i suaccennati metodi curativi tengono campo larghissimo nel combattere le malattie, si cercasse, modificando ed ampliando, di migliorare ed accrescere quanto al presente si trova disponibile.

L' idroterapia. Fu adoperata gradualmente, incominciando dalla applicazione dei pannilini bagnati e progredendo fino alle irrigazioni da una mediocre altezza: graduali furono pure la durata dell' esercizio idroterapico e il grado di temperatura dell' acqua. Si usarono irrigazioni fredde nella vagina per tutte quasi le malattie uterine, sia con acqua semplice sia di liquidi medicamentosi (astringenti, antisettici ec.), codiluvi e bagni generali caldi nei maschi affetti da malattie agli organi genito-urinari, sia per promuovere l'espulsione dell' urina in casi di iscuria da restringimenti insuperabili col cateterismo, sia per sedare il bruciore e le spasmodie

prodotte dalle manovre di siringatura: a questo scopo fu sempre praticato il bagno caldo generale od il codiluvio nei pietranti dopo il cateterismo di prova per accertarsi dell' esistenza della pietra. Molte ernie inguinali irriducibili scomparvero e rientrarono in cavità dietro le manovre di riduzione fatte durante il bagno o subito dopo. Irrigazioni fredde, protratte a lungo si fecero nelle osteiti e periostiti iperplastiche non che nei processi delle sinioviali e delle articolazioni in genere, così pure ove erano versamenti sanguigni od essudati copiosi da riassorbirsi. Pressochè dopo ogni taglio in processi flemmonosi o semplicemente suppurativi forono praticate le immersioni delle parti in acqua tiepida per lenire il dolore del taglio e facilitare lo scolo delle marce. Nelle affezioni morbose della vescica (catarrali, suppurative, subparalisi, paresi, distensioni enormi ec.) furono praticate iniezioni d' acqua tiepida a scopo di lavaggio, non che di acqua tenente in sè qualche sostanza medicamentosa (infuso di belladonna, acido fenico diluito, acqua distillata di copaibe ec.) fu però in tali iniezioni adoperata sempre l' acqua fredda quando raggiunger si volea lo scopo di eccitare la contrattilità delle fibre muscolari della vescica. Da ultimo faccio notare come si usa l'acqua tiepida, sempre a scopo detersivo, in qualunque medicatura che si faccia in questo spedale, e le stesse filacce, quando la veduta pratica non richieda il deporle così asciutte sulla piaga, vengono sempre bagnate con acqua semplice, anzichè cospergerle di unguenti e di altre sostanze altrove molto in uso; e l' applicazione dei quali è divenuta oltremodo limitata presso di noi.

Elettricità. Dobbiamo esser grati a questo sovrano rimedio se per suo mezzo ottenemmo vantaggi, sebben limitati, in qualche caso di *paralisi infantile.* Più estesi e rilevanti furono quelli che si ebbero nelle *paralisi*

vescicali (indipendenti però sempre da paralisi progressiva per affezione morbosa del midollo spinale). S' introduceva a ciò un reoforo in forma di catetere nella vescica, un altro reoforo nell' intestino retto. L' essere questi congiunti al polo negativo o positivo fu indifferente. Mirabili effetti poi coronarono la cura fatta in un caso di *spostamento uterino* (antiversione). Di questo eccellente risultato ulteriori parole non dico essendochè il mio condiscepolo Dott. *Vincenzo Zannini* molto esattamente illustrò ed arrichì di adatte considerazioni. Fu pure tentata simigliante cura in un caso di sordità prodotta da anchilosi degli ossicini dell' orecchio, ma niun vantaggio fu dato ritrarne. Credo però che spesso non fu raggiunto lo scopo salutare per difetto di perseveranza, e se ne esige molta nella cura elettrica. D' altronde ognuno sa come presto si stanchino gli ammalati di praticare una cura da cui aspettano sempre una guarigione istantanea che non sempre corona le nostre e loro speranze. Ci siamo serviti sempre di un apparecchio d' induzione fabbricato dal *Pizzorno*.

Aeroterapia. Insuflazioni di aria furono adoperate nei catarri della tromba d' Eustacchio. All' infuori di tale applicazione l' aeroterapia fu usata nel senso soltanto che l' infermo vivesse in un atmosfera ove in un coll' aria respirasse anche qualche sostanza medicamentosa. Così in un caso di laringite cronica furono i vapori di trementina quelli che si fecero svolgere nell' ambiente ove giaceva l' infermo, ed altrettanto fu fatto in vari casi di laringite crouposa, specialmente allora che in un caso e nell' altro l' esame obbiettivo del malato ci fece vedere che il processo erasi diffuso oltre al laringe anche agli organi respiratori. Da questa terapeutica si trasse sempre molto vantaggio. Aggiungi a ciò che nel caso di laringite cronica per mezzo di un apposito ap-

parecchio furono fatti anche inspirare vapori di trementina o a dir meglio *pipare*. L' utilità che se ne trasse non fu molto palese. Non manco poi di far notare che nei casi di croup avuti in cura l' atmosfera della camera ove stavano quelli infermi ci cercò che fosse ognora satura di vapore acqueo il qual effetto si raggiungeva facilmente per mezzo di vasti recipienti che contenevano molta acqua, sia per mezzo di estesa evaporazione prodotta da larghi pannolini bagnati. Corrispose questo pure anzichenò alla aspettativa; non devesi però dimenticare che anche la temperatura dell' aria suddetta si ebbe cura che fosse sempre fra i 12° e 16° centigradi (1).

Iniezione ipodermica. Dobbiamo lodarci grandemente di questa parte della terapia. La inoculazione dell' idroclorato di morfina bastò quasi sempre ad acquetare il dolore sia che questo costituisse una nuova nevralgia, o fosse compagno di miosite, stiracchiamento di fibre muscolari, pleurodinia, periostiti, od anche un sintoma o successione di altre malattie. In qualche caso una sola iniezione fugò un dolore che durava da qualche tempo, altre volte si dovette ripetere alla sua nuova comparsa. Rare volte questo benefizio venne adombrato da alcune molestie, nausee, vomito, capogiri ec. Si noti però che durante quei mesi in cui appariva l' erisipela a complicare qualunque piccolissima lesione dei tessuti, quantunque lievissima operazione non mancava di tener dietro anche alla puntura fatta dal sottilissimo ago dello schizzetto di *Pravaz*, ma non ebbe mai serie conseguenze. La iniezione fu sempre praticata nel punto ove il dolo-

---

(1) Vedi la mia memoria sovra un caso di tracheotomia per croup eseguita dal prof. *Loreta,* stampata nel Bullettino delle scienze mediche di Bologna. Vol. 17, pag. 410. fasc. di Giugno 1874.

re aveva sede o molto vicino ad esso. Ad altri fini terapeutici non fu quasi mai diretta la inoculazione dei medicamenti.

Le inalazioni di liquidi medicinali. Le soluzioni di tannino, di clorato di potassa, di solfato di zinco ec. ridotte a polviglio per mezzo di un polverizzatore furono più volte adoperate nelle faringiti granulose con ottimo risultato. Un infuso di belladonna, misto talvolta ad una soluzione di ioduro di potassio non fu tollerata da un infermo di laringite cronica molto sofferente. Nei casi di laringite crouposa furono fatte inalazioni di vapori di bromo (soluzione di bromuro di potassio misto a bromo), ma non corrisposero alla aspettativa sia per la difficoltà che si riscontrava nel praticarle nei bambini affetti, sia per la intensità e la diffusione di simile processo. La polverizzazione dei liquidi fu ancora usata ogni volta che si volle anestetizzare qualche parte del corpo ove intendevasi di operare specialmente nello strappamento delle unghie incarnite ed in qualche resezione o disarticolazione di falangi non che nella asportazione di qualche tumoretto.

Esercizio forzato. Si cercò di curare con esso le anchilosi, complete od incomplete, ponendo poi l'arto in una posizione forzata mediante un'apparecchio. Una volta corrispose l'effetto in un ragazzetto che aveva anchilosi al ginocchio per artrite deformante; altre volte si ottenne che l'arto acquistasse o conservasse alcun che della sua mobilità benchè in grado molto limitato. Quasi ogni giorno e talora anche più volte nello stesso giorno si misero in opera movimenti forzati in quelli che decombendo per fratture, pel lungo stare in letto e per la inerzia dell' arto avevano riportato rigidità nelle articolazioni, in quelli che ebbero a soffrire processi di sinoviti, nei lussati agli arti ec. Incontrastabile giova-

mento se ne ritrasse ogni volta, ed ognuno sa quanto sia uso da apprezzarsi, evitandosi con tale manovra che un infermo guarito perfettamente delle lesioni suddette per cui venne accolto restasse claudicante o deforme per la imperfezione dei movimenti successivi al lungo riposo, il che non farebbe che poco onore al chirurgo.

Sanguisugio e salasso. Il sanguisugio fu moltissimo usitato in tutti i processi flogistici acuti, ascessi metriti, sinoviti, orchiti, fratture, distorsioni e lussazioni complicate a versamenti, peritoniti, ingorghi prostatici, congestioni cerebrali, otiti ec. Le scarificazioni, le coppette, la sanguisuga artificiale e le mignatte furono allernativamente adoperate. Riguardo al salasso non si mancò di farlo quando il diminuire la pressione del sangue sulle pareti dei vasi, il renderlo meno plastico, e men tenace sostituendogli una porzione di fluidi acquosi, il sottrarre un poco dì globuli rossi che sono gli agenti principali della combustione organica si considerarono nella infiammazione quali mezzi efficaci a mitigare l' orgasmo febbrile od a promuovere l' assorbimento degli essudati. Però sangue si trasse colla più gran parsimonia e prima si ebbe sempre innanzi agli occhi lo stato delle forze del malato. Non si abusò mai infine, che l' abuso non è dell' arte, e solo fu copioso e ripetuto in un individuo robustissimo che aveva una lussazione dell' omero da 52 giorni. Fu in esso praticato allo scopo che scemasse la copia degli essudati formatisi intorno all' articolazione e ad indebolire l' infermo che durante le manovre di riduzione presentava grandissima reazione per la forza muscolare non comune di cui era dotato.

L' oppio. Incominciando dal semplice decotto di papavero e scendendo all' oppio ed ai suoi diversi composti ed alcaloidi, di questo farmaco eroico ci siamo giovati a sopire il dolore, a frenar la diarrea, a comporre al ri-

poso a quietare le tossi aspre e pertinaci, non che a combattere le spasmodie uretrali e somministrando della morfina subito dopo l' aver praticato l' uretrotomla interna per allontanare e combattere eziandio la febbre uretrale che ne consegue. In queste affezioni degli organi genito-urinari fu spesso associato alla canfora, o dato il così detto laudano orinario del *Micheli*: le altre volte fu adoperato da solo o ne' suoi diversi composti come ad es. laudano liquido del *Sydenham*, polveri del *Dower* ec.

China e suoi preparati. I decotti e gli infusi di china furono di un uso molto esteso tanto per uso interno che esterno. Come tonici furono spesso usitati i decotti di china e genziana non che il solfato e bisolfato di chinina, e per uso esterno fu più volte prescritto sotto forma di decotto sia per collutorio, sia per medicatura di ulceri varicose e cancrenose con risultati piuttosto lodevoli. Il bisolfato di chinina fu molto adoperato come antifebrile dandolo a preferenza in polvere o sciolto nell' acqua distillata (soluzione del *Confani*) però spesso anche come tonico fu impiegato e con buon successo.

Ferro. I ferruginosi furono somministrati su larga scala, in ispecial modo come ricostituenti nei cachettici, oligoemici, nelle clorotiche ec. Si usarono a preferenza le pillole del *Blancard* e i tubetti al proto-ioduro di ferro del *Favilli*. Il carbonato ed il lattato di ferro, uniti al fosfato di calce fu quasi sempre prescritto ai fratturati, quando specialmente in essi ritardava la formazione del callo osseo il qual fatto ebbe a verificarsi più volte in questa clinica.

Acque minerali. Non si mancò di somministrare spesso e di addestrare la gioventù al maneggio di quest' arma terapeutica che non ha pari in tutta la supellettile dei medicamenti. Più volte furono usate come purgative

(acqua del Tettuccio, della Panighina ec.) e nelle oligoemiche e clorotiche l' acqua di Peio e l' altra così detta civilina). In alcuni tumori d' indoie scrofolosa non si mancò di prescrivere le acque marziali e iodurate e in un caso adoperando l' acqua salso-bromo-iodica di Salsomaggiore tanto per uso interno che per uso esterno in un tumore parotideo si ottenne vantaggio non lieve.

L' olio di fegato di merluzzo fu prescritto spesse volte. Non si ritiene quivi che agisca come semplice ingrassante. Riuscì benefico nelle adeniti e piaghe scrofolose dei fanciulli e in tutti quei casi che una scadente nutrizione ne indicava opportuna la somministrazione.

Joduro di potassio. Fu molto usato nel combattere le manifestazioni sospette sifilitiche le quali complicarono non poche volte alcune malattie curate nella sala chirurgica. Fu somministrato a dose gradatamente crescente fino a giungere a parecchi grammi, e se ne ritrasse giovamento allorchè fu prescritto a scopo di modificare e scemare alcune secrezioni morbose catarrali, nelle ipertrofie di alcuni visceri, dell' utero in ispecie, e negli essudati plastici.

Il *bromuro* eziandio fu adoperato su larga scala nelle metriti croniche ed in qualche affezione dell' asse cerebro-spinale. I vantaggi che se ne ritrassero furono soddisfacenti.

Gli emostatici. Ognuno può di leggeri immaginarsi come in chirurgia si adoperassero su larga scala, il più spesso esternamente, ma talvolta anche internamente. I più eccitati furono l' acqua emostatica del *Pagliari*, il percloruro di ferro, l' acqua emostatica del *Piazza* e del *Capodieci*, e qualche volta anche il ferro incandescente nonche il nitrato d' argento.

Caustici. Contro certe affezioni morbose (neoplasmi) il caustico di Vienna, la pasta di *Cauquoin* furono so-

vente adoperati. Il nitrato acido di mercurio corrispose lodevolmente contro i nodi emorroidari, e nel resto il caustico attuale, il nitrato d' argento, la potassa caustica ec. furono gli altri preparati di simil genere cui si die' mano, non trascurando talora anche gli acidi minerali energici (solforico, idroclorico ec.).

Antisettici. Qualche rara volta i solfiti per uso interno ed esterno; ma di un uso molto esteso fu l' acido fenico diluito (1 in 100) nelle ulceri atoniche, nelle piaghe cancrenose, per lavaggio, irrigazioni ec. non che nelle medicature sovrapònendo le fila in esso bagnate e gli altri oggetti a questo scopo adoperati.

Pomate. Larga applicazione ebbero le così dette pomate fondenti di idroiodato di potassa, unguento mercuriale maggiore ec. e furon spesso a loro associati gli estratti di atropo-belladonna, di cicuta, ed a scopo sedativo, nel qual caso si die' mano sovente anche ad altri rimedì (unzioni calmanti) contenenti in se idroclorato di morfina, ovvero olio di amandorle dolci misto a cloroformio, etere ec.

Il cloralio idrato fu molto usato come calmante. Si preferì di darlo per clistere (4 grammi sciolto in una mucillagine gommosa) ma non si mancò di somministrarlo anche internamente per le prime ore. Anche i clisteri d' infuso di belladonna furon talora usati a scopo sedativo.

La tintura di iodio fu molto usata esternamente a spennellature nelle affezioni subacute delle articolazioni, in quelle scrofolose, negli ascessi freddi e per congestione i quali alcune volte giunsero a guarigione iniettandola entro dopo praticata la evacuazione del pus. Anche nei seni fistolosi aperti da lungo tempo le iniezioni riuscirono a buon effetto, sia modificando l' abnorme superficie secernente, sia producendo una leggera flogosi

per cui si originarono granulazioni che condussero a completa guarigione. Non un caso fallì, o produsse inconvenienti di sorta, quando la suddetta tintura fu iniettata nell' idrocele dopo la puntura, però non si adoperò mai sola, bensì associata ad una soluzione di ioduro di potassio in parti uguali.

I *purgativi* non mancano di figurare fra i rimedi usati. Ma se ne fece un uso conveniente adoperandosi solo come revulsivi, e raramente a vincere la stitichezza cui van generalmente soggetti molti malati pel lungo decombere, al quale scopo furono messi in opera clisteri stimolanti od oleosi semplicemente.

I *vescicatori* e gli altri subefacienti come carte epispatiche, senapismi, spennellature di olio essenziale di senape ec. furono di frequenti adoperati quando specialmente si cercò di agire per la via della pelle senza disturbare altri organi.

Il *tannino* fu scoperto rimedio sovrano contro l' erisipela. A ciò il Dott. *Gio. Batt. Sarti* che primo l' adoperò in questa clinica a tale scopo usa la soluzione seguente: 5 grammi di tannino, sciolto in 5 grammi di alcool cui aggiunge 4 grammi di acqua. Poche spennellature nella parte erisipelatosa ed intorno, basta il primo giorno a limitare il processo che cerca invadere le superficie circonvicine e il giorno dippoi replicandole, svanisce completamente.

Gli altri rimedi di cui va ricca la terapia moderna non furono trascurati, ma per non dilungarci troppo non ne faremo cenno, come pure non credo neccessario il tener qui parola dei mezzi curativi di cui abbisogna sempre la chirurgia come ad es. fasciature ed apparecchi contentivi di ogni genere (destrinate, inamidate, gessate o col silicato di potassa), doccie, piani inclinati, apparecchi ad estension permanente ec.

Solo non mancherò di far notare che non sempre una diagnosi esatta ed una ragionevole e sana terapeutica valgono allo scopo di ridonar la salute all' infermo. Infinite sono le cause morbose efficienti ed occasionali che producono le malattie, ma altrettante sono quelle che tendono ad aggravarle, complicandole. Di molte tacendo, una potentissima e che a nessuno potrà sfuggire, verrò dimostrando.

Ove un pratico qualsiasi volga uno sguardo sotto il punto di vista igienico al nostro Clinico Stabilimento, moltissime cose troverà degne di nota, ma di sfavorevole nota. Luoghi molto più felici e saluberrimi, che in Bologna si trovano, fanno risaltare la poco bella postura dello Spedale, che se all' interno ha molte sale discrete, non tutte son tali e specialmente quelle ove gli ammalati di chirurgia, in particolar modo le donne, risiedono. Laonde pur troppo sarebbe desiderio di ognuno che un sapiente medico fosse tutte le volte consultato quando uno Stabilimento a scopo curativo approntar si voglia. Alla poca igiene del nostro locale furono il più spesso attribuite, molto ragionevolmente, le cause di tante complicanze morbose che insorsero durante le cure di molti nostri malati. Però siccome in molte case anche di privati in Bologna e fuori, apparvero esse con egual numero ed intensità, non vorremo star per intero al primitivo enunciato. Mi si narra di alcuni casi in cui gli agi, la nettezza, i commodi e tutti i mezzi infine onde può disporre una ricca famiglia non valsero a scansare la risipola che insorse anche dietro la semplice incisione o puntura di un patereccio, per un lievissimo taglio ed anche per forarsi con uno spillo. Ma d' altra parte a che attribuire la comparsa di febbri puerperali che misero a pericolo la vita di molte partorienti nelle sale di Clinica Ostetrica, sebbene niuna manovra in moltissime di esse,

od operazione di sorta si esercitasse? E da che qualche caso di febbre tifoide che venne ad aggravare lo stato di vari infermi degenti in Clinica medica per altre malattie, e le risipole che pur vennero a complicare le cure nelle sale di oculistica? Le erisipole che avemmo a notare nella nostra sezione apparvero sempre subitanee e con andamento sì rapido, cotanto intenso che un avvelenamento istantaneo, da qualche germe infettivo si dovè sempre supporre. Imperocchè in mezzo al più completo benessere avveniva in iscena d' improvviso un intensissimo freddo, di varia durata, talora intercorrente, a cui faceva seguito reazione tale di calore che la temperatura si vide raramente inferiore ai 40° centigradi e talora segnò il termometro qualche quinto di grado al di sopra dei 41°. Tali sintomi erano segno indubitabile, e sempre, della invasione erisipelatosa. Di fatti se allora guardavi la parte malata od operata vedevi a colpo d' occhio in qualche punto comparsa l' erisipela che associata sempre ad intensissima febbre invadeva a poco a poco eziandio le parti circonvicine e si estese tal fiata gradatamente pressochè a tutta la superficie del corpo, talora producendo vastissime suppurazioni icorose. Ogni recrudescenza della febbre era segno che qualche altra parte del corpo era stata sorpresa dal morbo in discorso.

Ma se ciò, come dissi, anche altrove ebbesi a verificare, non giustificherebbe però il mio pensare se del tutto escludere volessi dalle cause, le condizioni suaccennate in cui trovasi la Clinica. Le case dei privati ove simiglianti cose avvennero e non ponno trovarsi nelle circostanze medesime, dal punto di vista igienico, in cui trovansi le nostre località? L' essere la camera ove giace l' infermo coperta d' arazzi od avere le pareti appena imbiancate esclude forse che le sorgenti onde le acque

si attingono, per accennar sol di questo, presso le cloache non corrano? Che l'aria, a cui nulla fa ostacolo, non trasporti il miasma infettivo? Più non comunicano forse le persone malate col mondo esterno; e gli oggetti di medicatura, gli inservienti addetti alla custodia dell'infermo non conservano in se, con tutta sicurezza, alcun germe putrescibile o d'infezioni? Quel palazzo non può, come il nostro spedale, avere una sfavorevole postura? Io son d'avviso, concludendo senz'altro dire, che la condizione igienica d'un locale abbia massima influenza nel far sì che tali malattie da infezione si sviluppino in individui che per cadere da migliori e più sane condizioni, in altre peggiori, l'atto operatorio in essi istituito od una certa predisposizione del loro organismo a contrarre simile morbosità, preparano il terreno ove può crescere ed imperare l'incongnito genio malefico. L'erisipela rapì a noi, in tutto il senso della parola, non pochi malati, e contro essa la più sana ed energica terapia spessissimo a nulla valse. Quest'anno in una medesima ora, il giorno 2 Aprile si amputarono due mammelle affette da carcinoma a due femmine che da vari giorni erano nella nostra sala. Una di esse morì per erisipela flemmonosa.

(continua)

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

——

Seduta scientifica delli 16 Agosto 1874

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA *Memorie. Serie 3, Tomo 4, Fasc. 4. Bologua 1874.* — R. ACCADEMIA DI SCIENZE, LETTERE ED ARTI DI MODENA *Memorie. Tomo 14. Modena 1874.* — R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI TORINO *Atti. Vol. 9, Disp. 5, Maggio e Giugno 1874. Torino 1874.* — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Rendiconti. Serie 2, Vol. 7, Fasc. 14. Milano 1874.* — LORETA CAV. PROF. PIETRO *Conferenze cliniche sulle lussazioni traumatiche. Disp. 6 e 7.* — FRANCHI DOTT. GIUSEFPE *La ginnastica femminile. Venezia 1874.* — GALASSI CAV. ANDREA *Della istituzione del giurì in Italia. Modena 1873.* — ORSI CAV. DOTT. GIROLAMO *La vaccinazione e il vaiuolo nella Provincia di Ancona 1873. Ancona 1874.* — SANTOPADRE DOTT. FERDINANDO *Dell' elettroterapia. Bologna 1874.* — RICORDI DOTT. AMILCARE *Sulla cura chirurgica dei fibromi uterini intra-murali e sotto-mucosi col metodo delle incisioni multiple. Milano 1874.* — ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA. COMITATO DI ANCONA *Rendiconti ed Atti del Comitato Medico, della Società di mutuo soccorso degli esercenti sanitari delle Marche, del Comitato di soccorso pei militari feriti e malati in guerra. Ancona 1871. — Atti e resoconti. Esercizio 1871-72. Ancona 1872.* — ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA *Rendiconto delle Sessioni. Anno accademico 1873-74. Bologna 1874.*

Letture

Premessa l' approvazione del verbale antecedente, e presentati i libri in dono, il Dott. *Amilcare Baschieri*, assistente allo Spedale del Ricovero, è invitato dal Presidente a leggere una sua memoria posta all' ordine del giorno, *sopra una ferita di vescica per arma da fuoco.* L' interessante caso, condotto abilmente a guarigione lo è anche maggiormente per una circostanza tutta propria, quale il passaggio per urina dei pallini che formavano la carica, e ciò quando volgeva già la ferita a guarigione. Questa memoria è stata pubblicata nel Bullettino a pag. 110 del Vol. 18.

Leva articolata e decollatrice

Poscia il socio res. Dott. Cav. *Ferdinando Verardini* intrattiene l'Accademia riproducendo un esemplare della sua *Leva articolata e decollatrice* e mostrandone le modificazioni che ne rendono più agevole l'uso, ed hanno reso l' istrumento ostetrico elegante, leggero e sottile a modo da riescire di molta utilità pratica, come è reso evidente dalla aggiunta che il *Verardini* ha fatto nella ristampa della sua memorta pubblicata nel nostro Bullettino Vol. 18, pag. 161.

Seduta scientifica delli 3 Settembre 1874

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

CALOMIATTI DOTT. V. F. *Di un papilloma infettante della pia madre cerebrale. Torino 1874.* — PIAZZA DOTT. MARIO *Rendiconto della clinica ostetrica della R. Università di Palermo. Palermo 1874.* — PERUZZI CAV. DOTT. DOMENICO *Ampntazione parziale di lingua affetta da cancroide mediante la galvano-caustica termica. Forlì 1874.* — *Fistola vescico-utero-vaginale operata mediante la sutura. Forlì 1874.* — LORETA CAV. PROF. PIETRO *Conferenze cliniche sulle lussazioni traumatiche. Dispensa 8.* — MONTEVERDI DOTT. ANGELO *Di un mezzo, semplice, facile, pronto e sicuro per distinguere nell' uomo la morte vera dall' apparente. Cremona 1874.* — LAURA DOTT. SECONDO *Trattato*

di medicina legale. Torino 1874. — Dott. Deneffe et A. Van Wetter *De la ponction de la Vessie. Bruxelles 1874.* — *Quattro parole in risposta alle due del prof. G. Corradi dirette al dott. Andrea Gozzini. Firenze 1874.* — Spedale Maggiore di Milano *Relazione sanitaria mensile. Marzo 1874. Milano 1874.* — Marcacci prof. Giosuè *Autopsia di un' individuo cui il 18 Dicembre 1869 venne eseguita l' asportazione totale della glandula parotide. Firenze 1874.*

Lettura

Leggesi il verbale della seduta precedente, che rimane approvato. Poi si presentano i libri venuti in dono. Indi ha la parola il socio res. Dott. Cav. *Ferdinando Verardini*, il quale intrattiene l' Accademia *sopra alcuni casi di meningite-encefalo-spinale*, il primo osservato da lui nelle sue sale mediche all' Ospedale Maggiore, due altri nella propria privata clientela. Il socio Dott. *Canuti* stima in proposito ricordare la memoria del Dott. *Bellingeri* intorno le encefalitidi che furono epidemiche in Torino nel 1824, ed il socio corr. Prof. *Ferdinando Santopadre*, intervenuto alla seduta, dice d' aver visto egli pure in Urbino qualche caso consimile ai descritti. Il lavoro del *Verardini* è stato per intero pubblicato nel Vol. 18, pag. 321 del Bullettino.

Seduta scientifica delli 29 Ottobre 1874

Libri venuti in dono dai rispettivi Autori

Versari prof. comm. Camillo *Prelezioni al corso di patologia generale dato nella R. Università di Bologna. Bologna 1874.* — R. Istituto di Incoraggiamento di Napoli *Atti. Serie 2. Tomo X. Napoli 1874.* — Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna *Memorie. Serie 3. Tomo 5. Bologna 1874.* — Melata dott. F. *Poche parole sulla galvano-caustica termica seguite da alcune esperienze. Roma 1874.* — Brunelli dott. Cesare *Angioma lobulato del collo operato colla galvano-caustica termica. Bologna 1874.* — *Doccia idro-elettrica. Lettera al dott. Temistocle Santopadre. Urbino 1873.* — *Amputazione della lingua per epitelioma esulcerato eseguita coll' ansa galvanica. Roma 1874.* — Smithsonian institution

Annual report of the board of regents. Washington 1873. — MIRONE ALBERTO *Istruzione popolare sulla rabbia degli animali domestici Torino 1874.* — SPEDALE MAGGIORE DI MILANO *Relazione sanitaria mensile. Maggio e Giugno. Milano 1874.* — BARDUZZI DOTT. DOMENICO *Sulla trasfusione del sangue. Firenze 1874.* — BIFFI E VERGA *Sulla inoculabilità della tubercolosi. Milano 1874.* — ATENEO VENETO *Atti. Serie 2, Vol. XI, Puntata 3. Venezia 1874.* — R. ISTITUTO VENETO DI SCIENZE, LETTERE ED ARTI *Tomo 3, Serie 4, Dispensa 8 e 9. Venezia 1873-74.* — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Rendiconti. Serie 2, Vol. 7, Fasc. 15 e 16. Milano 1874.* — OSPEDALE DEI PELLEGRINI DI NAPOLI *Annali clinici. Vol. 3. Napoli 1874.* — BERRUTI DOTT. GIUSEPPE *Piccolo formulario terapeutico ragionato ad uso dei Medici d' Italia. 3ª Ediz. Torino 1874.* — R. ISTITUTO VENETO DI SCIENZE, LETTERE ED ARTI *Memorie. Vol. 18, Parte 1. Venezia 1874.* — CECCARELLI DOTT. ACHILLE *Tracheotomia praticata col tracheotomo del Rizzoli in caso di croup. Forlì 1874.*

Comunicazioni

Aperta la seduta è letto ed approvato il processo verbale della seduta antecedente e viene fatta la presentazione dei libri venuti in dono.

Si lesse poscia una lettera del Bibliotecario della Libreria dell' Ufficio Medico del Ministero della Guerra degli Stati Uniti d' America colla quale annunzia l' invio di un esemplare in 3 Volumi del Catalogo della Libreria stessa e domanda il concorso di questa Accademia e di tutti i Soci per vieppiù ampliarla specialmente con opuscoli di antiche tesi, monografie ec. intorno a Ospedali, Asili, Ospizi, Consigli Sanitari, ed altri documenti statistici, come programmi di scuole mediche, concorsi a premi ec. cose che non si possono acquistare dai librai, ma soltanto dalla cortesia dei professori e degli autori, ai quali l' Ufficio sarà riconoscente. Tali doni potranno inviarsi a Parigi al Sig. *Bossange* 16, Rue du 4 Septembre.

I presenti raccomandano questa richiesta che viene inserita nel presente verbale per la dovuta notorietà.

Lettura

Una nota col titolo: *Trasformazione congenita dell' occhio destro in una cisti organica* del prof. *Salvatore Sogliano* di Napoli fu l' oggetto principale della odierna seduta, il quale servì pure di qualche conversazione fra i soci. La nota fu già pubblicata per intero nel Vol. 18°, pag. 274 del nostro Bullettino.

La seduta fu chiusa colla proposta di vari soggetti a soci corrispondenti.

Seduta scientifica delli 29 Novembre 1874

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

MUNICIPIO DI BOLOGNA. GIUNTA DI STATISTICA *Relazione sul movimento della popolazione dopo il* 1861 *e più specialmente nel* 1873. *Bologna* 1874. — ACCADEMIA D' AGRICOLTURA, ARTI E COMMERCIO DI VERONA *Memorie. Serie 2, Vol. 50, fas. 1 e 2. Vol. 51, fas. 1 e 2.* — SCHIVARDI DOTT. PLINIO *La trasfusione del sangue negli alienati. Milano* 1874. — FESTLER DOTT. FRANCESCO SAVERIO *Sopra le azioni dei rimedi interpretate con fatti fisico-chimici e sopra le differenti virtù terapeutiche oggidì attribuite al solfato di chinino. Padova* 1874. — SURGEON GENEREL' S OFFICE UNITED STATES ARMY *Catalogue of the library. Washington* 1873. — BERRUTI DOTT. GIUSEPPE *Aforismi e proverbi dedicati alla gioventù italiana. Torino* 1874. — *Rapporto morale, amministrativo e sanitario dell' ospizio marino piemontese per l' anno* 1872. *Torino* 1873. — *Relazione sanitaria ed amministrativa dell' ospizio marino piemontese per l' anno* 1873. *Torino* 1874. — *La scrofola e gli ospizi marini. Torino* 1871. — *Brevi cenni sulle condizioni della patologia speciale muliebre ed infantile. Torino.* — *Sul cancro dell' utero. Torino* 1873. — *Sul modo di assicurare la posizione morale ed amministrativa del medico condotto. Torino* 1874.

Il processo verbale dell' antecedente sessione è letto ed approvato.

Morte di un Socio corrispondente

Il Segretario comunica la triste novella della morte del socio corr. cav. dott. *Luigi Marieni* di Milano, scrittore assai celebre per importanti lavori di Idrologia Minerale in ispecie del voluminoso libro: *Notizie sulle acque minerali d'Italia e dei paesi limitrofi*, già Medico Primario nel grande Ospedale di Milano; finì di vivere in Averara il 26 Ottobre p. s.

Lettura

Il socio res. dott. *Demetrio Rasi* lesse una storia di un caso pratico: *Sopra una sanguisuga cavallina impiantata e nascosta nella faringe.* Storia che presenta alcuni dati importanti e contenente raffronti, la quale fra breve verrà pubblicata per intero.

Seduta scientifica delli 13 Dicembre 1874

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

CANETTOLI GIUSEPPE *Un caso d' ileo e dermo-tifo. Napoli* 1873. — PERUZZI CAV. DOTT. DOMENICO *Storia di due ovariotomie. Forlì* 1874. — ACCADEMIA FISIO-MEDICO-STATISTICA DI MILANO *Atti. Anno accademico* 1874. *Milano* 1874. — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Rendiconti. Serie 2, Vol. 7, fasc. 17. Milano* 1874. — *Programma dei concorsi ai premi. Milano* 1874. — R. ISTITUTO VENETO DI SCIENZE, LETTERE ED ARTI *Atti. Tomo 3, Serie 4, Disp. 10. Venezia* 1873-74. — SOCIÉTÈ DE MÈDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX *Mémoires et bullettins. Année* 1874. *Bordeaux* 1874. — LEDEGANCK *Étude micrografhique des métamorphoses graisseues. Bruxelles* 1872. — *Recherches micrografiques sur les altérations cadavériques ect. de la fibre musculaire. Bruxelles* 1874. — *Pathogénie des maladies des follicules pileux et sébacés. Bruxelles* 1872. — *Nouvelles recherches sur le traitement abortif de la blennorrhagie aiguë. Bruxelles* 1872. — *Le champignon du choléra asiatique. Bruxelles* 1872. — *Le pinawar djambè. Bruxelles.* — LANZILLOTTI-BUONSANTI E PINI *Dizionario dei termini antichi e moderni delle scienze mediche e veterinarie. Fasc. 1. Milano*

1874. — Bos dott. Alfonso *Cenno storico sulla trasfusione del sangue. Firenze* 1874. — Orsi cav. dott. Girolamo *Il vaiuolo e la vaccinazione. Lettera al prof. cav. Giovanni Brugnoli. Bologna* 1874.

Lettura

Approvato il processo verbale dell' antecedente sessione, fatta la presentazione dei libri in dono, fu data la parola al sig. dott. *Luigi Mazzotti* medico assistente nel nostro Spedale Maggiore, invitato a leggere un suo scritto inviato alla Direzione del Bullettino. Il dott. *Mazzotti* leggeva quindi quella sua nota, che è inserita a pag. 5 di questo fascicolo, col titolo: *sopra due casi di peritonite da perforazione di un' ulcera tifica con sintomi di occlusione intestinale.* Il dott. *Mazzotti* viene applaudito e ringraziato, indi si ritira dopo di che la seduta è dichiarata privata ed amministrativa.

Nomina di Soci corrispondenti

In essa udito il rapporto dell' apposita Commissione, ed esaurite le pratiche d' uso e di Statuto, sono ammessi a pieni voti e acclamati soci corrispondenti di questa Società Medico-Chirurgica di Bologna i signori *Albanese* dott. *Enrico* professore di clinica chirurgica a Palermo, *Berruti* cav. dott. *Giuseppe* professore libero di ginecologia a Torino, *Cantani* cav. prof. *Arnaldo* clinico medico a Napoli, *Corradi* cav. prof. *Giuseppe* clinico chirurgico a Firenze, *Frari C. Michele* prof. di Ostetricia a Padova, *Tommasi* comm. prof. *Salvatore* clinico medico a Napoli, *Valtorta* prof. cav. *Gaetano* clinico ostetrico a Venezia.

La seduta amministrativa venne continuata nel giorno 29 Dicembre anche per la rinnovazione delle cariche della Società per l' anno 1875 le quali risultano distribuite come nel seguente

QUADRO delle Cariche della Socieià Medico-Chirurgica di Bologua per l' Anno 1875

Rizzoli comm. prof. Francesco *Presidente*
Versari comm. prof. Camillo *Vice-Presidente*
Brugnoli cav. prof. Giovanni *Segretario*

Economo
Bacchi dott. Alessandro

Cassiere
Modonini dott. Beruardo

Vice-Segretarii
Canuti cav. dott. Canuto
Capuri dott. Antonio

Commissione per la compilazione del Bullettino delle Scienze Mediche

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*

Bacchi dott. Alessandro *Vice-Dirett.*
Belluzzi cav. dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Rizzoli comm. prof. Francesco
Romei dott. Federico
Selmi comm. prof. Francesco
Vella cav. prof. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Commissione per le Consultazioni e per lo studio delle Epidemie

Direttore e Segretari

Canuti cav. dott. Canuto per le Consultazioni
Verardini cav. dott. Ferdinando per le Epidemie

Baravelli dott. Gio. Battista
Brugnoli cav. prof. Giovanni
Capuri dott. Antonio
Fabbri dott. Ercole
Gamberini cav. prof. Pietro
Romei dott. Federico
Taglioni dott. Giuseppe
Versari comm. prof. Camillo

Commissione per la Vaccinazione

Canuti cav. dott. Canuto *Direttore*
Belluzzi cav. dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Modonini dott. Bernardo
Fabbri dott. Ercole
Rasi dott. Demetrio
Scandellari dott. Gaetano
Soverini dott. Carlo
Verardini cav. dott. Ferdinando

Gabinetto Anotomico-Patologico

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*
Romei dott. Federico *Dissettore*
Pedrelli cav. dott. Marco *Segretario*

Gabinetto di Lettura

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*

Aggiunti

Taglioni dott. Giuseppe
Canuti dott. cav. Canuto

RIVISTA DEGLI OSPEDALI DI BOLOGNA

Di un caso d' eclampsia avvenuta nei primi mesi di gravidanza. — Osservazione raccolta nell' Ospedale di S. Orsola dal Dott. *Ruggero Galassi*, Assistente alla Clinica delle Malattie Veneree e della Pelle.

La frequenza dell'eclampsia nelle donne gravide, eccitò molti illustri scienziati ad indagare con ogni cura quali fossero le lesioni anatomo-patologiche, quale la patogenesi e quale ancora l' epoca in cui più frequentemente l' eclampsia si mostra nelle donne incinte. Secondo gli studi di *Mauriceau*, *Merriman*, *M. Lachapelle*, *Pacoud*, *Desjardins*, *Champion*, *Velpeau*, *Lazzati*, *Lovati*, *Giordano*, *Belluzzi* ed altri, l' epoca della maggior frequenza è durante il travaglio del parto, più raramente nell' 8° e 9° mese. Anzi le convulsioni che si verificano prima del 5° mese si ritiene appartengano piuttosto alla forma isterica che all' eclampsica.

Parmi quindi degno di nota un caso di eclampsia occorso in una donna ricoverata nel Sifilicomio di Bologna, la quale era incinta al 3° mese.

M. G. di anni 21, nativa di Loreo, provincia di Venezia, fu ricoverata il 26 Luglio p. p. nel Sifilicomio di Bologna per ulcere molle all' interno della vagina, complicato a profuso catarro purulento dell'utero. La G., se si eccettui la malattia locale, godeva buonissima salute, ed era gravida nel 3° mese.

L' anamnesi offre non poco interesse.

Il padre e la madre le mancarono ambedue in pochi giorni, per malattia a corso rapidissimo, ma ignota all' inferma. Riguardo alla parentela nè in linea diretta, nè in linea collaterale evvi nulla di rimarchevole. Fino ai 20 anni la G. godette buonissima salute ed a quest' epoca, per la prima volta, rimase incinta. Felice fu il 1° mese di gesta-

zione, ma al principio del 2° fu assalita da ripetute gastralgie; dopo ogni pasto avea vomito di materie verdi e filanti amarissime, ed ogni sera era colta da brividi di freddo, a cui seguiva moderato calore e sudore notturno.

Ogni terapia fu impotente a frenare questi disturbi, e siccome le si diceva che tutto quanto soffriva era in rapporto colla gravidanza, ella lo tollerava sperando che col parto tutto sarebbe finito.

Tale stato di cose durò fino al 4° mese; a quest' epoca ogni sofferenza cessò completamente; ma pochi giorni appresso fu colta dalle doglie e quasi improvvisamente dette alla luce un feto, che si giudicò fosse morto da vari giorni. Susseguì una gravissima metrorragia, che mise l' inferma in pericolo di vita; restò nell' Ospizio di Maternità sino a chè subentrò la convalescenza; uscita in abbastanza buone condizioni generali godette poi salute perfetta sino ai primi di Maggio nella quale epoca si accorse di essere incinta per la seconda volta.

Come nella prima gravidanza, anche in questa cominciò ad avere poco appetito, bocca amara, lingua impaniata, debolezza generale; poi sopravenne il vomito di materie verdi ed amare e commiste qualche volta a sostanza gialla come il torlo d' uovo. In questo frattempo (Luglio 1874) fu inviata al Sifilicomio per essere curata della malattia venerea più sopra accennata. Appena entrata le parve di migliorare alquanto, ma dopo pochi giorni chiedeva le fosse diminuito il vitto, che fu ridotto a tre minestre al giorno. Ma anche queste le erano di troppo; e poche ore dopo il pasto era assalita dal vomito che presentava sempre i soliti caratteri. Le vennero dati degli eccitanti, cioè decotti di china, del vino di Marsala, e dell' elexir di Coca; ma questa terapia a nulla valse. La sera del 25 Agosto, cioè un mese dopo il suo ingresso in Sifilicomio, fu assalita da violentissimi dolori alla regione epigastrica; si pone in letto, e sperando fosse cosa passeggiera, non fece avvertito alcuno di queste sue sofferenze; alle 9 1[2 circa provò la sensazione del deliquio, e d' allora in poi ella non ricorda più nulla. Rimase un ora in questo stato, credendo le sue compagne che si fosse addormentata; ma alle ore 10 1[2 precise cominciò a gridare, ed a dimenarsi per il letto; l' infermiera me ne rese subito avvertito.

Trovai la G. accesa nel volto, colle mascelle fortemente contratte, gli occhi aperti ed incerti, ambo le pupille fortemente midriatiche e che non reagivano affatto alla luce; ora fletteva, ora estendeva gli arti con forti moti convulsivi; teneva le pugna serrate e tutta la persona piegata ad arco, sicchè spesse volte posava sul letto col capo e coi

piedi solamente. Non avaa schiuma alla bocca; lagnavasi di continuo, ed un rantolo cupo era come di persona a cui si stringe la gola; talora invece mandava grida acutissime. Il polso era piccolissimo ed irregolare, sicchè non fu possibile numerare le pulsazioni; la temperatura fu 38 1[5; le respirazioni in numero di 30. Di quando in quando pareva si calmasse, ma dopo poco istanti si agitava di nuovo e tornava nelle stesse condizioni; il rantolo non cessò mai in tutta la notte.

Le furono amministrati 3 grammi di cloralio in un veicolo di acqua nanfa ed acqua antisterica; dopo pochi momenti vomitava la mistura.

Siccome da tre giorni non evacuava, le fu fatto un clistere con dei trochisci d' Alladal, olio ed acqua; ed in tal modo ebbersi due profuse scariche alvine di materie, in parte prosciolte, in parte figurate, ma che però non apportarono alcun giovamento. Si tentò ancora un clistere con una soluzione di cloraiio, ed internamente qualche cucchiata di una mistura eccitante. Non ostante ciò l' inferma continuava sempre nello stesso stato, ed i frequenti accessi erano alternati con brevi pause, durante le quali l' inferma non rientrava in se, ma rimaneva in uno stato di coma assai profondo. Onde evitare che negli accessi convulsivi la lingua non rimanesse malconcia, le si pose in bocca un pannolino a più ripiegature, e così si evitò la più lieve lesione.

Mattina del 26: Temperatura 38°. Pulsazioni 126. Respirazioni 28. Eguale stato come nella notte; gli stessi sintomi continuano colla stessa intensità. Esaminata l' urina non si rinvenne albume, invece leggere traccie di pigmenti biliari; e null' altro di notevole. Alle ore 10 del mattino fu visitata dal prof. *Gamberini*, il quale diagnosticó trattarsi di eclampsia in donna gravida; prescrisse un clistere con assafetida, olio comune ed olio essenziale di Lauro Ceraso. Si ebbero altre due scariche alvine, senza segno di miglioramento. Varie volte l' inferma fu interrogata, ma giammai diede risposta, ne fece conoscere che intendeva quanto le veniva chiesto.

All' esame obbiettivo dell' addome si riscontrò una resistenza data da un corpo rotondeggiante, della grossezza di un arancio, situato nella fossa iliaca destra; l' esplorazione digitale per là vagina ci fece accorti che le scosse impresse a questo corpo rimbalzavauo sul dito; il collo dell' utero però era in posizione normale; si girava coll' apice del dito perfettamente attorno al fornice, e solo verso il lato destro si avvertiva una resistenza data da un corpo che si conobbe essere l' utero, il quale era flesso sul lato destro; se ne tentò la riduzione spingendolo in alto cogli apici del medio e dell' indice, aiutando all' esterno questa manovra colla mano sinistra.

Evidentemente il tumore cambiava di posto; pochi momenti dopo l' inferma si calmò cessando quel gemito che durava dalle 10 1|2 della notte precedente. Lo spostamento del tumore fu tentato verso le 12 meridiane. All' 1 pom. l' inferma, avea riacquistati i sensi. Avea gli occhi aperti, le pupille sebbene midriatiche non lo erano più così esageratamente come poche ore innanzi; avea 24 respirazioni, 90 pulsazioni e 38 1|5 di temperatura. Quando veniva interrogata volgeva gli occhi verso chi le indirizzava la parola, e sebbene rispondesse per monosillabi, si vedeva che comprendeva esattamente. Fu lasciata riposare per varie ore; poscia gli si amministrò un brodo con un torlo d' uovo, ed una piccola tazza di vino cordiale. Nella notte riposò benissimo.

Mattina del 27: Temperatura 38. Pulsazioni 89. Respirazioni 25. Urine senza albume, e senza pigmenti biliari. L' inferma sebbene comprenda benissimo, pure appare come sbalordita ed agitata; gira gli occhi inqnieta; le pupille sono ancora midriatiche, ed interrogata risponde o accennando col capo o con monosillabi.

Nel mattino seguente il prof. *Gamberini* ordinò le venisse praticato sollecitamente un salasso, in vista dei gravi fenomeni di iperemia cerebrale: lo confortava in tale determinazione l' autorità di valenti ginecologi. Nel pomeriggio l' inferma era assai più sollevata; rispondeva abbastanza bene alle interrogazioni, mostrandosi spossata ed abbattuta; poi narrò come ella avesse riacquistata la conoscenza fino dal mattino del giorno 26; ma le idee erano confuse, la testa sbalordita, la vista offuscata, che poi ritornò normale dopo un paio d' ore dal praticato salasso. L' udito non perfetto pativa un continuo ronzio, che le impediva di intendere ciò che le si diceva. Col salasso cessò pure questo noioso rumore e quindi l' inferma provò un sommo sollievo.

Mattina del 28: Temperatura normale. L' inferma dice di sentirsi assai meglio.

Giorno 31 Agosto. L' inferma come per incanto passò da uno stato che minacciavale la vita ad un completo benessere, per cui abbandonò il letto e chiese generoso nutrimento. In questo fratempo essendosi rimarginate le ulceri e cessato lo scolo uterino, venne dimessa dal Sifilicomio ed inviata all' Ufficio Sanitario per la debita sorveglianza.

Rividi la G. M. alla metà di Settembre, mi disse che si sentiva benissimo, che dopo uscita dallo Spedale le sue digestioni si compievano regolarmente, che non aveva avuto più vomito nè gastralgie, e neppure era più stata assalita da accessi di eclampsia. Però è a notarsi che partita dal Sifilicomio, non esercitò più il meretricio, ma si pose presso una donna in qualità di servente domestica.

La narrazione di questa storia non apporterà al certo un gran lume alla patogenesi dell' eclampsia; ma per certo come fatto isolato varrà a dimostrare che la latero-flessione dell'utero può essere causa dell' eclampsia; e difatto riposto l' utero a sede normale ne venne pronto benefizio all' inferma. Ripetuto dippoi per varie volte l' esame obbiettivo del ventre, nè col palpamento, nè colla percussione si ebbero a notare nella fossa iliaca verun tumore locale; accennava alla permanenza dell' utero in sua naturale postura.

La teoria qnindi che lo *Scanzoni* ed il *Tyler Smith* sostengono colla loro autorità trova in questo fatto la più valida conferma. Opinano essi che l' eclampsia sia una nevrosi per irritazione riflessa del sistema spinale, il punto di partenza della qual neurosi risiederebbe nell' utero o nelle sue appendici.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Dell' innervazione cardiaca e dei medicamenti cardiaci. — *G. Sée.*

Interessante e difficile lo studio dell' innervazione cardiaca dal lato fisiologico e dal lato clinico, non ha ancora portato quella luce, che l' importanza richiederebbe. Gli è per questo che dalle varie dottrine dei fisiologi, non emergono per anco quei corollari che devono essere la guida del medico pratico, e gli è per questo pure che interessante è sempre tutto ciò che al difficile argomento si riferisca. Importanti crediamo appunto queste lezioni del clinico parigino.

Il cuore è un muscolo striato che ha in sè il principio dell' innervazione, e di azione, per cui gli si accordano farmaci a parte. Come organo muscolare è influenzato da due gruppi di medicamenti; quelli che paralizzano i nervi motori (curaro, fava del Calabar, cicuta, aconito) e quelli che paralizzano il sistema muscolare (sali di potassa, veratrina). Un terzo gruppo di farmaci è dato da quelle sostanze che paralizzano i nervi vascolari (belladonna, bromuro di potassio, segale cornuta, nicotina)

e ponno considerarsi come cardiaci indiretti. Un quarto ed ultimo gruppo sembra avere azione elettiva sul cuore, e questi l' autore chiama *cardiaci diretti*. Prima di studiare il modo di agire di questi medicamenti cardiaci diretti, si sofferma sulla fisiologia del cuore, accennando come l' innervazione sua comprenda tre centri d' azione:

1. Centro auto-motore (gangli cardiaci)
2. Centro ausiliario spinale (midollo spinale)
3. Centro indiretto (nervi vaso-motori)

Per assicurare la maravigliosa armonia del cuore, non bastano questi centri; era necessario un agente moderatore, e questo agente lo trova nel pneumogastrico, ed aggiunge che esso domina tutta l' innervazione del cuore, che è un tiranno, un despota, onde da tempo la chiama *frein du coeur*, senza tacere però come *Schiff* ed *Onimns* abbiamo negato questa azione sospensiva del vago. Noi crediamo che la teorica di *Weber* e *Budge* sia contraddetta dalle risultanze sperimentali di una schiera di illustri fisiologi posteriori. Le teorie di *Moleschott* e *Schiff*, di *Brown-Sequard*, del mio illustre maestro il prof. *Lussana*, lasciavano ancora dell' oscurità su questo argomento, onde il difficile quesito ne pare tutt' altro che risolto.

Altro sistema d' arresto lo darebbe un ganglio intracardiaco, di cui l' officio fisiologico sarebbe stato scoperto da *Prevost* colla muscarina. — Ma v' è un intimo nesso che lega la contrazione del cuore alla sua circolazione, ed il sistema vaso-motore di esso è sotto l' influenza del nervo di Cyon, che alla sua volta riescirebbe *moderatore*.

Insomma ai 3 centri d' azione, risponderebbero 3 centri antagonistici, costituenti il sistema d' annesso (vago-gangli intracardiaci-nervo di Cyon). Crediamo che la teorica che ammetteva antagonistici i gangli cardiaci, eccitatori ed inibitori, fondata sulla nota sperienza di *Stannius*, non regga dopo quanto fu sperimentato e scritto in argomento. — Toccando l' importanza dello studio fisiologico, osserva come l' esperimento debba servire di base nell' applicazione terapeutica, ma sul caso in discorso e dati fisiologici e prova sperimentale non sciolgono il così complesso problema.

Qui l' autore divide i farmaci cardiaci, in quelli che agiscono subito e direttamente sul cuore (digitale) ed in quelli che agiscono su altri organi, e la cui azione sul cuore è consecutiva e secondaria, e sono gli *indiretti*. Nota come l' aconito rallenti il circolo, l' aconitina a dosi in-

finitesimali lo acceleri, però in modo transitorio, sì che infine il cuore si arresta come in contrazione tetaniforme. Per *Sée* il pneumogastrico venne sovraeccitato, ma l'aconito è veleno nevro-muscolare, quindi la contrazione crampoide continua anche spenta la sovraeccitazione del vago. Nell'avvelenamento per aconito, v'ha un primo periodo distinto per acceleramento dei battiti cardiaci, un secondo caratterizzato da lentore del polso e delle evoluzioni cardiache, ed ultimo infine con contrattura tetanica per esaurimento e paralisi del sistema sospensivo, inerzia del muscolo, e paralisi del sistema motore intracardiaco.

Per la veratrina, potente antipiretico, ne condanna l'uso a dosi minime, aumentando così il pericolo anzichè scongiurarlo, mentre a 6-12 millig. dà affetti terapeutici utili davvero, rallentando le contrazioni cardiache. Il vago sarebbe affievolito nel suo tronco, prima d'essere colto nelle sue branche, ed iufine l'irritabilità si estinguerebbe nel muscolo cardiaco. Oltre il rallentamento, si osserva (dando la veratrina a 10 milligr.) affievolimento della pressione vascolare, diminuzione di contrazione cardiaca, abbassamento di temperatura. Paragona l'azione della veratrina sul cuore all'azione fisiologica del nervo di Cyon. In una seconda fase dell'azione della veratrina, così si fa marcata la diminuzione di pressione vascolare che a poco a poco ad un dato momento, vasi e cuore non sono più atti ad essere eccitati. Qui muoiono gli individui in profondo collasso A lato di questi due farmaci annovera la fava del Calabar, il curaro, la cicuta, la nicotina, i sali di potassa, che in diverso modo arrivano allo stesso risultato, sia paralizzando l'estremità terminale dei nervi, in ispecie del vago (cicuta, curaro) avanti di cogliere il cuore, sia eccitando il sistema sospensivo prima di sopprimere le funzioni cardiache (nicotina, calabarrina).

Si arresta poscia sulla muscarina, alcaloide dell'agaricus muscarius, studiata dal *Prevost*. Questi mostrò che iniettando nelle vene d'animali della muscarina, il cuore si arresta in diastole, ma si possono risvegliare le sue contrazioni dopo lunghe ore di silenzio (!) Opina *Sée* che agisca sul centro di arresto intracardiaco. La calabarrina rallenta le contrazioni cardiache, ma agendo su di un cuore influenzato dalla muscarina (muscarinè) ne risveglia i movimenti. La cicuta come il curaro, paralizza i nervi motori prima di toccare l'organo centrale del circolo, ed è probabile ecciti il pneumogastrico.

Per lo contrario la belladonna co' suoi preparati, e l'atropina, paralizzano l'estremità cardiaca del vago, l'acceleramento dei battiti cardiaci non può essere imputato che alla paralisi del vago o del centro d'arresto intracardiaco.

Per la digitale, il più potente dei medicamenti cardiaci, quantunque oggetto di numerosissimi studi, restano ancora delle lacune, delle oscurità.

Mette la digitale fra i medicamenti cardiaci d' *emblée*, ma difficile a spiegarsi è il suo modo d' azione. Due furono le vie seguite per risolvere il difficile problema. Si fece l' esperimento sull' uomo, in modo semplicissimo, e gli omeopatici primi ricorsero a questo procedimento. *Sanders* e *Stadion* esperirono la digitale su loro stessi. Al 6° dì ebbero nausee, anoressia; ma da questo giorno la prova *in anima medicorum* è completamente turbata. *Sanders* e *Stadion* al 12° giorno d' esperimento caddero in estrema debolezza. Importanti sperienze fecero su loro stessi, *Voit* e *Méjoin*, ma le risultanze furono sempre alterate ed erronee.

Effetti della digitale sul cuore e sui vasi. Sanders dice che nei primi giorni, prendendo la digitale a dose media, osservava acceleramento notevole del polso che poi si rallentava; ma in codesto ultimo stato la minima influenza bastava per accelerarlo. A dose forte la lentezza appariva in 3 ore, e toccava il maximum in 24. Se si continuava così per 5-6 giorni, il polso si faceva piccolo, irregolare, intermittente. Qual' è la causa del rallentamento? L' autore qui accenna, senza commentarla, alla proposizione di *Marey*, che ne accagionerebbe l'aumento di pressione *intravascolare.*

Sperienze sui bruti. Iniettando una tenue dose di infuso di digitale ad un animale, tosto si osserva rallentarsi il polso. Aumentando la dose (5-10 centig. di soluzione) i moti del cuore si accelerano, si inietti a dose decisamente tossica, ed il cuore si arresta in sistole. Gli è per questo che amministrando la digitale si è fra due fuochi da una parte l'acceleramento del polso, dall'altra l'arresto del cuore per eccessivo rallentamento. La prima azione della digitale si ha su di un apparecchio nervoso speciale, l' ultima sul muscolo cardiaco istesso. È ammesso generalmente che la digitale aumenti la pressione vascolare, ma l' autore opina doversi fare distinzione fra la dose terapeutica, per la quale il rallentarsi del polso, e l' aumento della pressione intravascolare camminano di conserva, e la dose forte in seguito alla quale si ha aumento di pressione, ma che tosto è seguito da diminuzione più o meno considerevole. A dose tossica la pressione diminuisce d' un terzo, o d' un quarto.

Questi effetti della digitale ponno riassumersi in una tavola sinottica.

1. Dose terapeutica. Lentezza di polso, aumento di pressione intravascolare.

2. Dose forte, o dosi molti vicine. Acceleramento del polso che può finire col rallentamento. Diminuzione di pressione che può dar luogo ad aumento.

3. Dose tossica. Subitaneo rallentamento del cuore, che è attaccato nella sua fibra. Diminuzione irremissibile della pressione vascolare.

La digitale poi, quando le dosi si succedono possiede effetti cumulativi, come pochissimi farmaci li possedono. Dosi deboli ma reiterate ponno produrre effetti d' intossicazione.

Chiama eziandio l' attenzione sul mutamento nella forza contrattile del cuore, e nella qualità del polso. Sotto l' uso della digitale il cuore rallenta i suoi battiti, ma essi divengono più energici. Il polso si fa dicroto ed il dicrotismo si trova sulla linea discendente del tracciato sfigmografico. Inversamente la digitale dissipa i fenomeni aritmici. La digitale non può essere amministrata in tutte le malattie; s' ha a tener conto della natura e della sede della lesione.

Insufficienza aortica. L'ammalato è pallido. Nessun segno d' idropisia. Si rispetti la calma del cuore, e non si scemi o si distrugga il beneficio dell' ipertrofia compensatrice.

Stenosi aortica. Gli ammalati non si lagnano; non edemi, nè complicazioni polmonari. L' ipertrofia del ventricolo sinistro annicchila i danni della lesione aortica. Qui nulla è da farsi: non v' è che a temere.

Insufficienza e stenosi mitrale. Polso irregolare, respiro stentato, faccia cianotica. Digitale in infuso da 10-15 centigr. al dì. Dopo 5-6 dì l' ammalato ha malessere e nausee. Dal 10° al 12° anoressia o vomito. Continuando il polso discende a 40, e perseverando si hanno gli accidenti della dose tossica. Così amministrando 10 centigr. di digitale al dì, al 15° si hanno i medesimi effetti, come si fosse dato in un sol giorno g. 1, 50 di digitale. — L' azione cumulativa della digitale è posta fuori dubbio, ma ne pare che qui venga esagerata assai. A vari malati d' affezioni cardiache abbiamo propinato la digitale a dose maggiore di 10 centigr. e per vari giorni senza interruzione. In vero non abbiamo mai osservato che l' effetto della quindicesima dose, a cagion d' esempio, fosse identico a quello che avrebbero prodotto le dosi an-

tecedenti sommate insieme ed amministrate in una sol volta. Anche nell' ambulatorio del mio carissime maestro il prof. *Marzolo*, ho visto la digitale somministrarsi a 20 centigr. al giorno, e per del tempo, senza che avvenissero quegli sconcerti, che si dovrebbero temere da codesta esagerata azione cumulativa.

In una insufficienza, od in una stenosi mitrale, si può dare la digitale indifferentemente? Se il compenso ha luogo per ipersarcosi cardiaca la digitale è per lo meno inutile. Se il polso però tocca i 119-120, le evoluzioni cardiache sono esagerate e tumultuarie, e l' urto della punta è violentemente sentito nella regione precordiale, la digitale può trovare la sua indicazione. Se vi sia automia completa senza compensazione, il potere del cuore è turbato, l' ipertrofia prende l' orecchietta sinistra, poi il ventricolo destro. Ma la compensazione qui non può essere che temporanea, perchè il ventricolo destro perde ben presto l' energia, il polso si fa più frequente, la tensione arteriosa diminuisce, il circolo viene ostacolato, e si costituisce l' idropisia. Allora si dia la digitale. Quando insomma si hanno i fenomeni dell' assistolia, la digitale trova la sua più netta indicazione. Qui aumenta la pressione vascolare, e la contrattilità cardiaca, come provoca la diuresi.

Come controindicazioni all' uso della digitale — Catarro bronchiale da morbi cardiaci — Ipersarcosi del cuore da asma inveterato — Idropisia da morbo di Bright, emorragie.

La digitale in cotali contingenze può divenire dannosa e fatale.

D. Tonoli

(Sperimentale, fasc. 12)

Effetti del chinino sul sistema nervoso. — *H. Heubach.*

Per studiare gli effetti del chinino sul sistema nervoso, H. seguendo le norme di *Eulenburg,* si è servito delle iniezioni sottocutanee nel tessuto cellulare del dorso. Se non che, invece del solfato di chinino, che è difficile a sciogliersi, egli ha adoperato il cloridrato di chinino, che si scioglie facilmente nell' acqua nel rapporto di 1: 1 e che ha una reazione leggermente alcalina, mentre il solfato ha reazione acida. La dose di chinino iniettato in una sola volta era di 0,004-0,015. H. ha ottenuto i seguenti risultati:

1. Piccole dosi di chinino aumentano l' eccitabilità riflessa. Gli animali presentano segni evidenti di intossicazione, ma restano in vita e si ristabiliscono completamente dopo 48 ore.

2. Dosi maggiori dapprima aumentano e qoindi scemano l' eccitabilità riflessa. Però questa diminuzione s' ha da considerare come una conseguenza della paralisi del cuore.

3. Dosi affatto grandi annientano molto presto qualunque segno di vitalità e perciò anché l' eccitabilità riflessa.

H. ha trovato che la morte prodotta da grandi dosi di chinino non dipende come si ammette quasi gèneralmente, soltanto dall' avvelenamento del cuore, ma anzitutto da una paralisi della respirazioue. Senza dubbio il cuore resta completamente paralizzato dal chiniuo, ma esso lo diventa più tardi che la respirazione.

(Gazzetta delle Cliniche di Torino, N. 3)

Ricerche sperimentali e comparative sugli effetti fisiologici dell' ergotina Bonjean e dell' ergotina Wiggers. — *H. Koeler.*

Le sostanze che vanno sotto il nome di ergotina non sono vere combinazioni chimiche, ma mescolanze. L' ergotina di *Wiggers* è la somma di tutti i componenti della segala cornuta insolubili nell' acqua; l' ergotina di *Bonjean* è la somma di tutti i componenti solubili. *Koeler* ha fatto delle ricerche comparative intorno agli effetti dei due estratti. L' ergotina *Bonjean* e l' ergotina *Wiggers* non differiscono soltanto per riguardo alla loro solubilità, ma eziandio per ciò che riguarda i loro effetti fisiologici.

L' ergotina B. eccita i centri moderatori che hanno sede nel cuore ed il centro vaso-motore, che è nella midolla allungata. Essa produce un rallentamento del polso, un restringimento del lume delle piccole arterie ad un aumento della pressione sanguigna. Dosi molto grandi danno origine bentosto alla paralisi del cuore, la cui muscolatura più non risponde alla corrente d' induzione. Gli effetti dell' ergotina W. sono affatto diversi. Essi possono mettersi accanto a quelli dei narcotici acri. Non solamente sembra che l' irritazione della mucosa stomacale e intestinale, osservata dopo l' amministrazione di grandi dosi di segala

cornuta, dipenda dall' azione di questa sostanza, ma per di più gli animali avvelenati coll' ergotina W. sono anche presi da crampi tonici e da vive convulsioni, fenomeni, i quali non si osservano mai anche dopo l' amministrazione di grandi dosi di ergotina B. Entrambe le specie di ergotina abbassano la temperatura e cagionano anche un ritardo della respirazione. L' ergotina B. scema l' eccitabilità dei nervi motori periferici; invece l' ergotina W. l' aumenta. Entrambe producono la dilatazione della pupilla; però è stata osservata anche la miosi. Entrambe sceman l' eccitabilità dei nervi sensibili periferici; nessuna di esse esercitò ùn' azione deleteria sui muscoli striati. Nei casi, dove è indicata la segala cornuta per l' emostasi per rallentare il polso e per abbassare la temperatura e l' eccitabilità riflesra, bisogna servirsi esclusivamente dell' ergotina *Bonjean* nella quale non si trova nessuno degli elementi della droga il quale abbia le proprietà di un narcotico acre. L' ergotina W. non è servibile come emostatico, ed è inferiore all' ergotina B. anche come mezzo di abbassare la temperatura e di scemare l' eccitabilità riflessa. Come oxitocico si deve preferire la segala cornuta in sostanza all' ergotina *Bonjean*. *(idem)*

Sopra certi rapporti eziologici tra la difterite ed altre malattie. — Dott. *Zum Sande*.

La importante scoperta del giorno, secondo la quale la cagione di molte malattie sta nell' ingresso de' bacteri nella massa sanguigna e nei liquidi organici, viene a diradare le oscurità che ravvolgono la eziologia medica. Nel decorso di una epidemia di difterite, che già dal 1870 qui (in Lingen) domina, l' autore ebbe l' opportunità di osservare fenomeni, i quali, quantunque non affatto nuovi e forse sotto certi rapporti noti agli autori, pure non sono ancora portati alla generale conoscenza.

Uno di questi fenomeni straordinari fu la complicazione della difterite colla scarlatina e la trasmissione della difterite per mezzo della scarlatina.

Una bambina di un anno era ammalata da grave difterite; la mucosa delle fauci gangrenosa, le glandole mascellari enormemente intumidite, l' appetito nullo. Dopo alcuni giorni muore senza aver mai presentato una traccia di esantema. Tre giorni dopo la morte della infan-

te, cadde ammalato il fratello suo di 10 anni con tutti i sintomi dell' acuta difterite. Onde impedire che da questo passasse il morbo a colpire gli altri fratelli, si pensò di condurlo appo i parenti che non avevano figliuoli. Per 6 8 giorni la difterite procedeva con tutti i suoi sintomi gravi, quando si manifestò un esantema sopra tutta la cute, avente i caratteri della scarlattina, e pel quale i sintomi della difterite vennero scemando. Crebbe però la febbre, si ebbero dolori, prostrazione spaventevole. Si temeva l' esito letale; ma un giorno si vide impallidire l' esantema, esordire la disquammazione, migliorare lo stato generale e quindi l' ammalato guarire.

Mentre il paziente giaceva, come dicemmo, aggravatissimo, venne colta da malattia una parente di 16 anni, ed anche in questa, prima si pronunciarono i fenomeni della difterite, e solo dopo otto giorni, come nel caso precedente, percorse i suoi stadi e giunse a guarigione.

Quest' ammalata non era ancora completamente ristabilita, quando sua sorella di 30 anni, maritata, dimorante nella medesima casa, venne presa dalla difterite, che passò senza esantema. Erasi appena rimessa, che ammalò il suo unico fanciullo di 9 anni coi sintomi difterici ed andò a fil di vita, quando 8 giorni dopo si coperse la cute di macchie scarlattinose ed in 6 giorni venne a guarigione.

Il padre che tenne il piccolo ammalato quasi sempre sulle braccia rimase infetto dalla difterite più grave che abbia veduto l' autore, che giunse però a guarigione senza esantema.

Dal fanciullo di 10 anni, di cui è fatto menzione più sopra, si diffuse la malattia a parecchie altre persone adulte, che eransi messe a contatto di lui e che non ebbero però traccia di scarlattina.

L' autore ha ripetutamente osservato che, mentre i differenti membri della stessa famiglia, per aver avuto contatto coll' ammalato di difterite, ne rimasero infetti, pure chi presentava e chi non presentava la successione della scarlattina. In generale manifestavasi questo nei giovani e nei fanciulli. Pare che questi e non gli adulti, abbiano dunque maggiore ricettività per la scarlattina. E mentre si vede trasmettersi l' una per mezzo dell' altra, bisogna pur credere che queste due infermità sieno prodotte dalla causa medesima, i bacterii, i quali a seconda della età e della costituzione, operano in un modo o neil' altro. I casi succitati si potrebbero spiegare ammettendo una vera complicazione dei due morbi; ma come ammettere ciò, quando la scarlattina, prima e durante la epidemia di difterite, non fu mai vista dominare,

quando durante la epidemia si vedeva di casa in casa trasmettersi la difterite?

Se si confrontano le due malattie tra di loro, bisogna rimanere sorpresi al loro identico procedere e si trova infine che l' esantema è l' unica e maggiore differenza che passa tra loro. Nella scarlattina, come nella difterite, in principio vedesi frequente il vomito ed in amendue figura il rossore delle fauci, che nella scarlattina è seguito da una forma catarrale, mentre nella difterite dall' essudato. Il quale per altro non è per niente caratteristico, giacchè l' autore ha veduto in alcune famiglie trapiantarsi la difterite, ora con l' essudato nelle fauci, ora senza affatto del medesimo. Nella scarlattina, come nella difterite, mostrano le pareti e le glandole linfatiche grande tendenza ad ammalare (che l' autore spiega per la invasione dei micrococchi) e nell' una come nell' altra malattia, diffondendosi il catarro specifico nella laringe, sono seguite poi da casi di laringostenosi. Di molto valore è pure la grande frequenza con cui, sì nell' una che nell' altra malattia, ammalano i reni (per influenza parassitaria sempre). Come mai, dice l' autore, può spiegarsi tanta analogia fra i due morbi, se non pensando alla identica causa, gli organismi nel sangue? La circostanza poi che nella difterite, verso la fine della malattia, suole aversi una sensibile diuresi seguita dalla convalescenza, mentre nell' urina si lasciano scorgere i micrococchi, rende verosimile che da questi veramente procede tutto il quadro fenomenico. A sempre più convincere poi della identitá della causa che produce la sunominata malattia, resta da accennare finalmente come amendue sieno seguite dai medesimi sintomi, perfino quelli che si manifestano nelle articolazioni. E ciò che tanto frequentemente si vede nella pioemia, contribuisce alla sua volta alla opinione che la difterite non sia una malattia locale, ma un vero processo generale cagionato dalla penetrazione nel sangue e nei liquidi animali dei fito parassiti e del loro maraviglioso moltiplicarsi.

La scarlattina, *sive exanthemata,* ha pure il suo equivalente in quei casi di difterite senza l' essudato gangrenoso nelle fauci, e che in questi casi si tratti di vera difterite, basti ricordare la sola trasmissibilità e la successione della paralisi a casi consimili. In proposito l' autore dice di avere curato paresi dell' ottico, paralisi del facciale in individui che non si ricordavano che d' un semplice mal di gola da essi tenuto in verun conto. Molto di analogo occorre di osservare nel tifo esantematico e nella tifoide in cui l' esantema ora è più caratteristico di quello

che a queste forme morbose si conviene, le quali sole si distinguono per il complesso degli altri sintomi. Dopo di che l' autore spende non poche parole per dimostrare la differenza che passa fra le due affezioni, di cui ha fatto sin qui parola, ed il croup, e per sostenere con argomenti razionali, anche troppo ripetuti, la teoria del fito-parassitismo.

(idem)

Di un tumore carnoso espulso dall' ano.

Il prof. *Giorgio Pellizzari* nella seduta 22 Novembre 1874 della Società medico-fisica fiorentina prese ad illustrare un pezzo patologico di molta importanza clinica. — Si trattava di un tumore carnoso, del peso di circa 500 grammi, di figura bizzarra, in parte subrotonda, in parte allungata in conò terminante in un rigonfiamento a clava: questo voluminoso tumore era stato espulso dall' intestina per l' ano da una giovane signora di Firenze, nubile, sarta di professione, di sana costituzione organica; la quale il dì 30 del Luglio 1872 chiamava presso di se il proprio medico curante sig. dott. *Tommasi* sentendosi reumatizzata e febbricitante. Il curante palpandole il ventre, sentì una intumescenza assai voluminosa nella fossa iliaca destra di forma globosa ed in qualche punto oblunga da raggiungere la regione ombelicale. Il primo pensiero fu quello di credere alla esistenza di un tumore ovarico fibroso a destra. Intanto la giovane non aveva mai avvertiti dolori nel ventre, ne disordini nelle funzioni intestinali, nemmeno in quelle uterine: solo aveva avuto senso di peso verso il piccolo bacino ed aveva avvertito una leggera tumidezza nella regione dell' addome.

La specchiata condotta della giovane, eliminava recisamente qualunque altro possibile. Il primo concetto diagnostico del curante veniva confermato dal parere del prof. *Pietro Cipriani*, consulente. Corrono 18 mesi dal Luglio 1872 senza che avvenga nulla di notevole nella salute della giovane, quando a poco a poco cominciano doglie intestinali, le quali nell' Agosto 1874 prendono forma di coliche gravissime accompagnate da enterite, con vomiturizioni, stitichezza e febbre. Conveniente cura calma questo procedimento morboso acuto fino al 2 Ottobre, giorno in cui con fierezza si riaccende il male, ingagliardiscono i dolori, si chiude ostinatamente il ventre, si pronunziano fenomeni da far dubitare del volvulo, ed in poche parole si aggravano talmente le condizioni da

disperare omai della vita della malata. — Si tocca il 18° dì dell' Ottobre quando in mezzo ai fenomeni sunnotati, la malata emette grido acutissimo, accusa fortissimo lo stimolo ad evacuare il ventre, si raffittiscono ad ogni momento i conati e dopo spasmo orribile, ad un tratto espelle dall' ano un voluminoso globo carnoso, susseguito da quasi trenta libbre di materie fecali con gas intestinali con grande sollievo della malata, sentendosi riavere da morte a vita e soltanto abbattuta e spossata per i patiti dolori.

Da questo momento in poi passa al meglio, alla tranquillità, alla convalescenza, alla salute e novello vigore ripreso l' organismo, in pochi giorni torna alla primiere occupazioni.

Il tumore di che natura era? E dove formatosi? E d' onde venuto? Si domandava il prof. *Pellizzari.* Quanto alla struttura istologica di quella massa tutta uniformente carnosa, il microscopio diceva chiaramente *mioma.*

Ma se questo era un mioma ed era stato espulso dall' ano, era molto logico ritenere che si fosse formato nelle pareti delle intestina: ed essendo il tumore risultato composto da grande ammasso di fibre muscolari liscie, era altresì logico ritenere che dallo strato muscolare delle pareti intestinali prendesse origine.

Ma d' onde venuto? Dalla cavità addominale entrato nel cilindro delle intestina non è a credersi sostenibile, perchè per entrarvi, bisogna ammettere una larga ulcerazione e perforazione di un segmento di intestino; e per ammettere tutto questo, bisogna avere una serie di fenomeni morbosi tale che mancò nella malata. Infatti prima che cominciassero i fenomeni morbosi noverati, dall' ano venne sangue, vennero muccosità sanguinolenti e pus e detrito icoroso? Nò certo. Il curante sentì già grosso il tumore nella fossa iliaca destra, senza che la malata sapesse quasi d' averlo, e il tumore e le parti circostanti non dettero mai segno localizzato di processi ulcerativi e molto meno di perforazioni. Dunque dal cavo peritoneale non è clinicamente sostenibile si sia fatto strada il tumore.

Che resta allora? O dallo strato muscolare sotto sieroso delle intestina: o dallo strato sotto mucoso o interno di esse. Ma se dal primo, il tumore si sarebbe reso pendulo in cavità peritoneale ed ivi si sarebbe forse anco potuto render libero staccandosi. E allora non resta come molto più probabile, che ammettere la sua origine dallo strato interno muscolare, dunque venuto dal di dentro dell' intestino e resosi

libero per i moti peristaltici, spinto fino all' ultima porzione ed espulso. Ed in vero dice qualcosa la forma stessa di questo tumore: il quale essendo subrotondo e più grosso in una delle sue parti, accenna di essersi potuto svolgere in una capacità maggiore di quello dove si è svolta alcuna altra parte dello stesso tumore: e tenendo di conto che è di contro la sacca del cieco che si è avvertito il tumore, e rammentandosi che desso andava facendosi oblungo verso la regione ombelicale, è dunque da ritenersi che nel cieco in origine si sia originato il tumore. Il quale, giunto ad un certo punto di sua grossezza si è peduncolato, poi si è distaccato e adagio adagio avviandosi su pel colon ascendente ha destati i dolori colici, ha prodotto la stipsi, la tumidezza del ventre, su su progredendo verso il colon trasverso, ha dato vomiturizioni, ha accresciuti i dolori e quindi la peritonite e tutto quel grave stato in cui versò la giovane. Ma la presenza stessa di questo corpo molle, oblungo, destava forse più energiche le contrazioni muscolari delle grosse intestina e via via sospinto ha varcato la curva del colon discendente e finalmente l' esse iliaca, il retto e dopo conati fortissimi passato l' ano.

Tutto ben considerato e la storia anamnestica, e l' esame primo, spassionato, casuale, quasi è a dirsi, del curante, e l' andamento dei fenomeni successivi, ed il valore clinico e patologico di questi, e il modo di giudicarsi o sciogliersi di questo caso, e la conformazione del tumore, e la sua struttura anatomica e tutte le altre ragioni di scienza che illustrano la storia dei tumori miomatosi; è a concludersi con molta probabilità che questo sia un caso di mioma delle intestina ed in particolare delle pareti del cieco, che staccatosi dallo strato muscolare interno si sia fatto strada spontaneamente al di fuori.

Un tal caso è certo piuttosto unico che raro, tenuto conto del volume del tumore e della sua avvenuta espulsione dopo si lungo cammino.

(L' Imparziale, N. 3)

Dei segni della morte reale.

I segni della morte reale a cui la commissione dell' Accademia di medicina di Parigi pel premio d' Ourche (1) dà più peso sono in

——

(1) Gazette Medicale di Paris, 20 Dicembre 1873, N. 51.

crescendo, la lividità cadaverica, l' abbassamento della temperatura constatata col termometro, e discendente fino al di sotto dei 28 o 27 gradi, la rigidità cadaverica, la macchia scleroticale, la dessicazione della pelle a seguito di forti frizioni, l' arresto della circolazione retinica constatata mediante l' ottalmoscopio, il sollevamento di una pelle esangue coll' applicazione di ventose scarificate all' epigastrio, l' assenza della contrattilità muscolare sotto l' influenza dell' elettricità dinamica.

Il *Collin*, ed il *Chouffard* fecero osservare in seno all' Accademia che perfino la temperatura di 20 gradi può essere compatibile colla vita, e secondo il *Laborde* la sommersione produrrebbe un abbassamento di temperatura più rapido, e più intenso che la sincope prolungata, e la stessa emorragia arteriosa senza essere sempre fatale; *Gubler* poi rammentò che la macchia scleroticale si osserva nei colerosi e che non vi è mezzo di distinguerla in questi dalla cadaverica. L' opacità poi delle membrane dell' occhio rendono quasi impossibile l' osservazione del circolo retinico

È la contrattilità muscolare che più di ogni altro segno dà la giusta misura della vitalità. Il dott. *Bonnejoy* in una sua nota che è riferita dallo Scalpel di Liegi (1) vi insiste in ispecial modo, e mette in evidenza l' utilità per misurarla di un mezzo che è poco usato, ma che è preferibile a qualunque altro, cioè quello dell' elettricita. Convien dire però che già *Marc* aveva detto non esservi prova più sicura di quella del galvanismo, che è l' eccitante muscolare più energico che si conosca, e che non dovrebbesi fare alcun seppellimento senza essersi assicurati mercè della pila galvanica che sia estinta ogni contrattilita.

Il *Bonnejoy* che in questo suo articolo dà un quadro riassuntivo dei segni della morte reale, li riannoda e li spiega quasi tutti col fenomeno della contrattilità muscolare. L' aspetto particolare conosciuto sotto il nome di facies ipocratica dipende secondo lui da uno squilibrio dei muscoli della faccia al momento della morte prodotto dall' alterazione profonda che subisce il sistema nervoso. Ciò che succede alla faccia avviene pure nell' insieme del corpo; da ciò dipendono la risoluzione degli arti, e la paralisi del velo pendolo che permette allora all' aria che si soffia nella bocca di passare liberamente. L' assenza di fliteni, o d' aureole sulla pelle dopo la brucciatura nei cadaveri, fenomeno se-

---

(1) Le Scalpel, 1 Giugno 1873, N. 18.

gnalato da *Burdach*, il rilasciamento degli sfinteri, lo sprofondamento degli occhi causato dalla deplezione della rete vasculare profonda dell' orbita, effetto dell' arresto del cuore, i fenomeni di cui la pupilla è sede, tutti questi fenomeni sono dall' autore rannodati allo stesso fatto, della cessazione cioè della contrattilità muscolare.

La mancanza dei batttti del cuore che secondo molti è segno certo di morte dipende essa pure dalla cessazione della sua contrattilità muscolare. Se residua una certa attività del cuore anche quando non se ne intendono più da qualche tempo i battiti, è allora ancor sensibile un fremito sordo dovuto evidentemente a contrazioni fibrilari, ed è così che si spiegano quei casi in cui dopo lunghe sincopi l' individuo si riebbe per prolungate cure. I bullettini della società di chirurgia nel 1864 danno appunto la storia di simili casi ne' quali il cloroformio aveva prodotto il fenomeno, ed i battiti del cuore non riaparvero se non dopo cinque quarti d' ora di energiche frizioni. Un bicchier d' acqua posato sullo sterno secondo un' antica esperienza se queste contrazioni fibrilari sussistono lascia scorgere un increspamento sulla superficie del liquido anche quando l' ascoltazione è tutt' affatto impotente. La rigidità cadaverica ha essa pure sede nel sistema muscolare, per quanto la causa non ne sia facilmente esplicabile Si può vincere imprimendo alle membra de' movimenti abbastanza forti, ed allora la rigidità ricompare. Ma se essa non deve più riapparire i muscoli restano immobili sotto l'azione degli stimoli più energici. In questo caso tutta la vitalità e spenta, e la putrefazione presto appare, ed è questo il segno solo infalliblle della morte. È da notarsi che una paralisi che ha esistito durante la vita in un muscolo non impedisce che la rigidità cadaverica vi si manifesti; essa non è più possibile soltanto quando la fibra muscolare è tutt' affatto scomparsa per completa atrofia del muscolo.

Dietro queste considerazioni il *Bonnejoy* consiglia come mezzo migliore di ogni altro per constatare la vera morte l' applicazione dell' elettricità, siccome quella che misura la contrattilità muscolare, e fra le diverse forme di elettricità, è la faradizzazione, o induzione che in simili contingenze deve essere preferita.

Essendo tanto difficile il determinare i veri caratteri della morte il dott. *Laborde,* in un lavoro presentato l' anno scorso all' Accademia di Parigi si studiò invece di determinare, e misurare i fenomeni chimici, termici ed elettrici che passano nell' intima trama dei tessuti negli ultimissimi momenti della vita. E ciò consiglia di fare con un suo appa-

recchio consistente in un ago d' acciaio non stemperato, e adattato ad un termometro, e che superiormente termina con un capo a cui è unito il filo di un galvanometro. Ottenne con esso: 1° l' ossidazione dell' ago immerso ne' tessuti; 2° Il grado di temperatura di questi tessuti coincidente coll' ossidazione dell'ago (minimum dai 28 ai 27 gradi centigradi); 3° lo sviluppo concomitante di una corrente galvanica o idroelettrica. Sotto ai 27 gradi questi fenomeni cessano per quanto come abbiamo veduto la vita possa sussistere eccezionalmente.

É da sperare che gli uffici sanitari de' municipi italiani inspirandosi alla scienza ed ai doveri di una buona amministrazione, vogliano raccomandare ai loro dipendenti siffatte osservazioni, e provvedersi degli apparecchi ritenuti tanto utili dal *Bonnejoy*, dal *Laborde*, e dalla Accademia francese. Disgraziatamente non son sempre la scienza e l' umanità che inspirano e regolano l' operato delle pubbliche amministrazioni.

Federici

(Nuova Liguria Medica, Disp. 2)

Dell' azione del nitrito d' amilo nell' angina pectoris. — *Brunton.*

Il dott. *Brunton* nella « Clinical Society di Londra » riferisce i suoi esperimenti circa il nitrito d' amilo nell' angina di petto. Un ammalato che aveva angina di petto, in conseguenza di stenosi aortica ed insufficienza valvolare, inalava giornalmente, in diverse volte, ogni volta cinque goccie del sopradetto rimedio. — Il dolore cessò quasi sempre o per lo meno diminì subito che l' azione fisiologica del rimedio, cioè arrossamento della faccia e frequenza di polso, si produceva.

Dagli esperimenti che *Brunton* fece nel laboratorio di Ludwig sulle rane, risulta che per la influenza del nitrito d' amilo si diminuisce la tensione arteriosa per diritto rilasciamento degli elementi muscolari delle arterie e *non per la influenza sul sistema nervoso.* Il nitrito d' amilo diminuisce la pressione del sangue, diminuendo la resistenza circolatoria. — Altri medici, oltre *Brunton*, hanno nell' istessa seduta comunicate le loro osservazioni sul favorevole uso del nitrito d' amilo nell' angina di petto. *(idem)*

Rassegna di Chimica applicata alle Scienze Mediche

COMPILATA

DAI DOTTORI CIRO BETTELLI E LEONE PESCI

Assistenti al Laboratorio di Chimica farmaceutica e tossicologica
della R. Università di Bologna

Del citrato di magnesia effervescente del commercio. — *Henri Barbier.*

Il *citrato di magnesia effervescente* che viene dall' Inghilterra, è un sale granuloso che si discioglie con effervescenza nell' acqua ed agisce come un purgativo ordinario.

Questo così detto citrato non contiene nè acido citrico, nè magnesia e non è altro che tartrato di sodio contenente un' eccesso di acido tartarico, e di bicarbonato di sodio per produrre lo svolgimento di acido carbonico. Esso è di facile preparazione, infatti si granulano, per mezzo del calore e dell' acqua, in cassole di porcellana, i due composti seguenti:

1.	Acido tartarico polverizzato	gr. 750
	Bicarbonato di sodio . .	» 380
	Acqua distillata	» 300
2.	Acido tartarico	gr. 400
	Bicarbonato di sodio . .	» 750
	Acqua distillata	» 230

Si mescolano i prodotti di queste due combinazioni e si ottiene esattamente il *citrato effervescente inglese.* *(Rep. de pharm.)*

Del ferro nell' organismo. — *P. Picard.*

Come le sostanze non si trovano nell' organismo in quantità fissa, e dovendosi cercare le leggi di codeste variazioni, l' autore ha eseguite alcune ricerche delle quali si presenta un sunto.

Le esperienze sono state eseguite con sangue di cane, e le prime ri-

cerche sono state fatte allo scopo di determinare entro quali limiti può variare la proporzione del ferro nel sangue.

Gli animali erano al momento del dosamento, gli uni in condizioni indeterminate, anteriori all' osservazione; per altri si sono create sperimentalmente delle condizioni in vista di esagerare il fenomeno.

Le sperienze si sono fatte sempre col sangue defibrinato. Il processo seguito nel dosamento del ferro è quello di Marguerite.

Animale	Quantità di ferro p. 0[0 di sangue
Giovane cane molto grasso.	0,092
Cane adulto . . . . . , . . .	0,065
Idem	0,0565
Cane estenuato per emorragie precedenti . . .	0,041

La quantita quindi, se ne desume, di ferro contenuto nel sangue del cane, pnò variare da 1, a 2 ed anche dippiù.

Ora l' autore si è proposto il quesito: Qual' é il significato di queste variazioni del ferro nel sangue? Per risolvere qoesta questione, guidato da fatti anteriormente conosciuti ha cercato di misurare in due campioni di sangue la capacità respiratoria; cioè da una parte la quantità di ferro per 100 cc. di sangue, dall' altra la quantità di ossigeno che 100 cc. saturati di questo gaz svolgono nel vuoto.

Ecco alcuni risultati:

	Quantità di ferro per 100 cc. di sangue	Quantità di ossigeno svolto da 100 cc. dello stesso sangue saturato: in vol.	in peso	Rapporto tra i pesi del ferro e dell' ossigeno
1°	0, 092	27,64	0,0397	$\frac{0,092}{0,039} = 2,31$
2°	0, 067 . . . .) 0, 060 . . . .)	18, 7	0,0268	$\left\{\frac{0,067}{0,0269} = 2,5 \quad \frac{0,060}{0,0269} = 2,23\right\}$ 2, 36
3°	0, 048	14, 8	0,0213	$\frac{0,048}{0,0213} = 2,25$

Queste cifre bastano a mostrare che queste due quantità variano parallelamente e che il loro rapporto è sensibilmente costante ed eguale a 2, 3. Ciò vuol dire che il ferro misura sensibilmente la capacità respiratoria del sangue; studiando il ferro, è dessa che avremo in vista. In terzo luogo l' autore ha voluto indagare se vi fosse un' organo che possa considerarsi come luogo di riserva del ferro, ed ha fatto dei dosamenti negli organi glandulari, allo scopo di vedere se alcuno ve ne fosse che a volume eguale contenga una proporzione di ferro più elevata che nel sangue.

Ha trovato che la milza solo può contenere e contiene nelle condizioni ordinarie molto più ferro del sangue.

	Ferro per 100 cc. di milza
Cane . .	0,24
Cane . .	0,22
Bue . . .	0,15
Gatto . .	0,34

Nel fegato che dopo la milza contiene più ferro, la proporzione di questo metallo non sorpassa mai quella del sangue.

(Journal de pharm. et de chimie. Janvier 1875)

Proprietà vermifughe dell'essenza di Eucalyptus. — *Vidau.*

Certo tale era da lungo tempo tormentato dall' *oxyuris vermicularis* ed invano aveva tentato di sbarazzarsene mediante tutti i vermifughi più noti. L' autore dopo aver consultato il dott. *Dubois* capo medico dell' ospedale, ordinò all' ammalato di ripetere tutte le sere un quarto di clistere addizionato di 50 o 60 goccie di essenza d' Eucalyptus. In poco più d' otto giorni l' ammalato si trovò perfettamente guarito.

(Journal de pharm. et chimie. December 1874)

La materia colorante del sangue non contiene ferro. — *Paquelin* e *Jolly.*

Gli autori i quali già in una nota pubblicata nel 1873 stabilirono che il ferro esiste nel globulo sanguigno allo stato di fosfato tribasico

di protossido ($Ph^2 O^8 Fe^3$) e che l' ematosina non contiene ferro, hanno ora riconfermato quest' ultimo fatto mettendo in pratica il loro processo di estrazione dell' ematosina pura. Difatti preparata l' ematosina, la scaldano dolcemente con 10 parti di acido acetico e 2 1|2 di acido citrico polverizzato, aggiungendovi un poco d' acqua e portando il tutto all' ebollizione per un quarto d' ora. Il liquido viene indi trattato con ammoniaca che precipita per intero l' ematosina. Intanto il ferro si trova in gran parte nel liquido sopra nuotante e vi si può riscontrare col solfuro d' ammonio che vi produce un precipitato nero di solfuro ferroso. Rinnovando il trattamento precedente fino a che non vi sia più precipitazione di solfuro ferroso, disciogliendo in fine l' ematosina nell' etere, feltrando poi lasciando evaporare spontaneamente il liquido etereo, si ottiene l' ematosina pura, che abbrucia senza lasciar cenere, è insolubile nell' acqua, pochissimo solubile nell' acqua ammoniacale e nell' alcol, solubilissima nell' etere, cloroformio, benzina e solfuro di carbonio; essa è alterata dalla potassa caustica. *(idem)*

Avvelenamento col collodio cantaridato. — *M. Schewerin.*

Essendo stato invece di una tintura eterea di valeriana somministrato per errore del collodio cantaridato alla dose di 15 goccie, il paziente cominciò un' ora dopo a risentire vivi dolori epigastrici e la mucosa delle labbra e della bocca intanto si staccava a larghi brani. A questi fenomeni successero vivi crampi dello stomaco, forte bruciore nella bocca e nella faringe, abbondanti vomiti biliosi, dolori lombari e spasmo vescicale intensi. Quattro ore dopo il paziente si trovò in preda ad una agitazione grandissima, correva incurvato, gridando e premendosi colle braccia la regione ipogastrica. Sentì un vivo bisogno di urinare e non potè emettere che poche goccie, finalmente cadde colpito da catalessi. L' autore amministrò oppio e canfora ed applicò sanguisughe ai lombi; un miglioramento pronunziato si manifestò; un' ora più tardi il paziente si addormentò con sudori profusi. In due settimane era completamente ristabilito.

Annunzi Necrologici

Nel giorno 4 Febbraio del corrente anno in Firenze si spegneva la vita di una delle splendide illustrazioni della Scienza Medico-Chirurgica. Il Prof. Comm. **Carlo Burci** Senatore del Regno, in seguito di una pneumonite suppurativa che lentamente per mesi ne rodeva l' esistenza, moriva nell' età di poco oltre i 60 anni. Uomo dottissimo, ha lasciato prove del suo molto sapere tanto quale valente anatomico, insigne patologo e clinico chirurgico, come lo fu all' Università di Pisa e nell' Istituto degli Studi superiori di Firenze. In Toscana ebbe primato come Medico-Chirurgo e per la somma lealtà, onoratezza e bontà dell' animo fu tenuto nella massima riverenza. Agli onori solenni che Firenze tributò alla sua salma, a quelli che a Lui darà l' Associazione Medica Italiana della quale per molti anni fu Presidente effettivo della Commissione esecutiva ed ora ne era Presidente Onorario, alle onorifiche commemorazioni che ne faranno il Senato, le Università, le Accademie cui appartenne, ed i molti amici ed ammiratori, s'abbia pure il mesto *vale* di questa Società Medico-Chirurgica a cui da molti anni era ascritto fra i Soci Corrispondenti.

Annunziamo pure altra perdita di un antico Socio Onorario di questa Società Medico-Chirurgica. Il Prof. **Giovanni Fossati** dimorante a Parigi, il prediletto discepolo di *Gall,* e continuatore degli Studi di questi; è morto nel finire dell' anno 1874. Egli non mai dimenticò d'essere italiano, e a varie Accademie d' Italia e pure a questa nostra fece doni e fu benefattore occulato e generoso.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

RIVISTA DEGLI OSPEDALI DI BOLOGNA

Di un caso d' eclampsia avvenuta nei primi mesi di gravidanza. — Galassi *dott.* Ruggero . . . . . pag. 56

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Dell' innervazione cardiaca e dei medicamenti cardiaci. — Sée G. . . . . » 60
Effetti del chinino sul sistema nervoso. — Heubach H. . . » 65
Ricerche sperimentali e comparative sugli effetti fisiologici dell' ergotina Bonjean e dell' ergotina Wiggers. — Koeler H. » 66
Sopra certi rapporti eziologici tra la difterite ed altre malattie. — *dott.* Zum Sande . . . . . » 67
Di un tumore carnoso espulso dall' ano. — Pellizzari *prof.* G. » 70
Dei segni della morte reale . . . . . » 72
Dell' azione del nitrito d' amilo nell' angina pectoris. — Brunton » 75
Del citrato di magnesia effervescente del commercio. — Barbier » 76
Del ferro nell' organismo. — Picard . . . . . » id.
Proprietà vermifughe dell' essenza di Eucalyptus. — Vidau . » 78
La materia colorante del sangue non contiene ferro. — Paquelin *e* Jolly . . . . . » id .
Avvelenamento col collodio cantaridato. — Schewerin . . . » 79

VARIETÀ

Annunzi Necrologici . . . . . » 80

AVVISO

La Società Medico-Chirurgica di Bologna *fa noto che nell' anno 1875 continuerà a pubblicare il suo* Bullettino *alle seguenti condizioni:*

Si pubblica ogni mese un Fascicolo di 5 fogli di stampa corredato di tavole, quanto fia d' uopo. Sei fascicoli formeranno un Volume di 30 fogli accompagnato dall' indice delle materie.

Il prezzo d' associazione annua, che si paga anticipata, è di Lire 11 per Bologna, Lire 12 franco per lo Stato, e Lire 13, 50 franco per l' Estero.

Le associazioni si ricevono presso la Società stessa in Bologna nell' antico Archiginnasio sotto il Portico del Pavaglione.

Gli articoli da inserire nel Bullettino, i denari e le lettere devono spedirsi coll' indicazione del rispettivo nome e cognome, e franchi da ogni spesa, alla *Società Medico-Chirurgica di Bologna*, ed ove non pervenga cenno di ricevnta col primo fascicolo susseguente, devesi subito far reclamo tanto alla Società, che all' Ufficio postale.

Verranno donate all' Autore di ogni Memoria originale inserita in questo *Bullettino* copie 50 a parte.

Chi prima della fine dell' anno non avrà avvisato in proposito, si terrà come associato anche per l' anno venturo.